



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

Καρκίνος του δέρματος & Ο ρόλος του νοσηλευτή

Εισηγήτρια:

Πάκου Βαρβάρα

Σπουδαστής:

Δαλαμπίρας Ηλίας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
SUMMARY.....	5
1.Εισαγωγή.....	6
2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	6
2.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	9
Α ΜΕΡΟΣ	12
1.ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	12
1.1.ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ	12
1.1.1.Βασική ή μητρική στιβάδα.....	13
1.1.2.Μαλπιγιανή ή ακανθωτή στιβάδα.....	13
1.1.3.Κοκκώδης στιβάδα.....	13
1.1.4.Διαυγής στιβάδα	13
1.1.5.Στιβάδα επιδερμίδας	14
1.2. ΧΟΡΙΟ Η΄ ΚΥΡΙΩΣ ΔΕΡΜΑ	14
1.3. ΥΠΟΔΟΡΙΟΣ ΙΣΤΟΣ	14
2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	15
3.ΑΙΤΙΑ	17
4.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	18
5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	20
6. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	21
7. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ	22
8. ΠΡΟΓΝΩΣΗ	23
9.ΠΡΟΛΗΨΗ	24
10.ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	25
10.1 ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	25
10.2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	26
10.2.1 Χειρουργική Μέθοδος Mohs	26
10.2.2 Διαθερμοπηξία	27
10.2.3 Κρυοχειρουργική Επέμβαση	27

Β΄ ΜΕΡΟΣ	29
1.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ	29
2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	30
3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	34
4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ .	36
Γ΄ ΜΕΡΟΣ	37
ΕΡΕΥΝΑ (ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ).....	37
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	48
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	49

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του δέρματος είναι ένα είδος καρκίνου που αναπτύσσεται από τα επιδερμικά κύτταρα και έχει πολλές μορφές.

Σκοπός: Η ενημέρωση για τον καρκίνο του δέρματος και ο ρόλος του νοσηλευτή.

Υλικό μέθοδος: Για την παρούσα εργασία, πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις Google Scholar, PubMed. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Ο καρκίνος αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως, με βασικά χαρακτηριστικά το μελάνωμα, τον βασικοκυτταρικό καρκίνο και το καρκίνο των πλακωδών κυττάρων, ξεκινάει με τη μορφή προκαρκινικής αλλοίωσης. Αυτές οι προκαρκινικές αλλοιώσεις είναι αλλαγές στο δέρμα που δεν είναι καρκίνος αλλά θα μπορούσαν να εξελιχθούν σε καρκίνο με την πάροδο του χρόνου. Η έγκυρη ανίχνευσή του όμως δίνει μεγαλύτερες πιθανότητες για επιτυχή θεραπεία.

Συμπεράσματα: Ο ρόλος του νοσηλευτή τόσο στην διάγνωση όσο και στην θεραπεία ασθενών με καρκίνο του δέρματος είναι σημαντικός κάτι που αναδείχτηκε και από τις μελέτες. Επηρεάζει σε πολύ μεγάλο βαθμό την ψυχολογία του ασθενή γιατί πέρα από το γεγονός ότι δυσκολεύει την ποιότητα ζωής του αλλά είναι και ένας καρκίνος που προσβάλλει σε σημαντικό βαθμό την εξωτερική εμφάνιση κι αυτό κατά συνέπεια να επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία του.

Λέξεις ευρετηρίου: Δέρμα, μελάνωμα, καρκίνος του δέρματος, νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

SUMMARY

Skin cancer is a type of cancer that develops from epidermal cells and has many forms.

Purpose: To raise awareness about skin cancer and the role of the nurse.

Material method: For the present paper, a review of the international bibliography was carried out in the electronic databases Google Scholar, PubMed. The material of the study consisted of selected books and articles published mainly in the last decade in English and Greek.

Results: Cancer is the second leading cause of death worldwide, with melanoma, basal cell cancer and squamous cell cancer as key characteristics, starting in the form of a precancerous lesion. These precancerous lesions are changes in the skin that are not cancer but could develop into cancer over time. Its valid detection, however, gives a greater chance of successful treatment.

Conclusions: The role of the nurse in both the diagnosis and treatment of patients with skin cancer is important, something that was also highlighted by the studies. It affects to a very large extent the psychology of the patient because apart from the fact that it hinders the quality of his life, but it is also a cancer that significantly affects the external appearance and this therefore negatively affects his psychology.

Key words: Skin, melanoma, skin cancer, nursing interventions.

1.Εισαγωγή

Ο καρκίνος του δέρματος εμφανίζεται στις χώρες με αυξημένη ηλιακή ακτινοβολία και η ανάπτυξή του φαίνεται να συνδέεται με την έκθεσή μας στον ήλιο και με ηλιακά εγκαύματα που έχουν προηγηθεί και κάνει την εμφάνισή του συνήθως στην περιοχή του δέρματος που εκτίθεται στην ηλιακή ακτινοβολία. Ο καρκίνος του δέρματος διακρίνεται σε τρία είδη: α) το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, β) το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα και γ) το μελάνωμα.

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με τον καρκίνο του δέρματος. Αποτελείται από 3 μέρη. Στο Α΄ Μέρος γίνεται αναφορά στην ανατομία και τη φυσιολογία του δέρματος, καθώς και στην παθολογία του καρκίνου του δέρματος συμπεριλαμβανομένου των αιτιών, της κλινικής εικόνας, της διάγνωσης του καρκίνου στο δέρμα, στη διαφορική διάγνωση και στη σταδιοποίηση του. Γίνεται επίσης αναφορά στην πρόγνωση, στην πρόληψη και στη θεραπεία του καρκίνου του δέρματος, τόσο στη χειρουργική, όσο και στη μη-χειρουργική. Στο Β΄ Μέρος γίνεται συζήτηση για την εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή, στο ρόλο του νοσηλευτή στη διάγνωση και στο ρόλο του στη θεραπεία και στη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς. Τέλος, στο Γ΄ Μέρος γίνεται αναφορά σε πρόσφατες έρευνες και σε νέα δεδομένα που σχετίζονται με τον καρκίνο του δέρματος.

2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Συμφώνα με τους Urteaga et al., 1966, οι πρώτες καταγεγραμμένες περιγραφές του μελανώματος (μια λέξη προερχόμενη από τα ελληνικά μέλη, «σκοτεινός» και «όγκος») στην ιστορία εμφανίστηκαν στα γραπτά του Ιπποκράτη από την Κω τον 5ο αιώνα π.Χ. και αργότερα σε αυτά του Έλληνα ιατρού Ρούφου του Εφέσιου. Αν και τα αρχαιολογικά στοιχεία του καρκίνου είναι γενικά ελάχιστα, οι όγκοι μπορούν να διαγνωστούν από τους σκελετούς εκείνων που προσβάλλονται από οστεολυτικές μεταστάσεις οστών ή οστεοσάρκωμα. Οι πρώτες φυσικές ενδείξεις μελανώματος προέρχονται από τις διάχυτες μελανωτικές μεταστάσεις που βρέθηκαν στους

σκελετούς προ-Κολομβιανής μούμιας (ραδιοάνθρακας ηλικίας ~ 2400 ετών) από το Chancay και το Chingas στο Περού.

Μεταξύ του 1650-1760, η ευρωπαϊκή ιατρική βιβλιογραφία, συμπεριλαμβανομένου του έργου των Highmore (1651), Bonet (1651), και Henrici and Nothnagel (1757), έκανε πολλές αναφορές σε «θανατηφόρους μαύρους όγκους με μεταστάσεις και μαύρο υγρό στο σώμα». Ο σκωτσέζος χειρουργός John Hunter, που εργάζεται στην Ιατρική Σχολή του Νοσοκομείου St George's στο Λονδίνο, πιστώνεται με την πρώτη χειρουργική αφαίρεση μελανώματος στη δυτική ιατρική βιβλιογραφία. Το 1787, επέλεξε και αφαίρεσε με επιτυχία ένα υποτροπιάζον μελάνωμα από τη γνάθο ενός 35χρονου άνδρα. Αυτή η υπόθεση, όπως επαναλήφθηκε από τον Everard Home στις παρατηρήσεις του για τον καρκίνο του 1805, ανέφερε ότι ο όγκος ήταν «μαλακός και μαύρος», με τον Hunter να τον χαρακτηρίζει ως «καρκινικό μυκητιακό εκκρίσιμο». Παρόλο που δεν ήταν ξεκάθαρο ότι ο Χάντερ γνώριζε τι αντιμετώπιζε, ο συντηρημένος όγκος αργότερα διαγνώστηκε ως μελάνωμα το 1968 και εξακολουθεί να στεγάζεται στο Μουσείο Hunterian στο Lincolns Inn Fields στο Λονδίνο, Ηνωμένο Βασίλειο.

Ο Rene Laennec, που φημίζεται κυρίως ως ο εφευρέτης του στηθοσκοπίου, ήταν ο πρώτος που συνειδητοποίησε ότι το μελάνωμα ήταν μια ξεχωριστή ασθένεια και δεν σχετίζεται με τις εναποθέσεις μαύρου άνθρακα που βρέθηκαν συνήθως στους πνεύμονες των ασθενών κατά την αυτοψία (Roguin, 2006). Σε μια διάλεξη, που δόθηκε στο Παρίσι το 1804, και αργότερα δημοσιεύτηκε το 1806, επινοήθηκε ο όρος μελανόζη για να περιγράψει αυτούς τους όγκους. Η δημοσίευσή του για το μελάνωμα οδήγησε σε ρήξη με τον μέντορά του Βαρόνο Dupuytren (ο πρώην χειρουργός του Ναπολέοντα Βοναπάρτη), ο οποίος ισχυρίστηκε ότι το δικό του έργο δεν είχε αναγνωριστεί επαρκώς. Ένας άλλος μαθητής του Dupuytren, ο Jean Cruveilhier στο βιβλίο του *Anatomie Pathologique du Corps Humain* (που δημοσιεύθηκε μεταξύ 1829-1842) ήταν ο πρώτος που περιέγραψε μελανώματα του χεριού, του ποδιού και του αιδoίου.

Μία από τις πρώτες εμπεριστατωμένες και διορατικές αναφορές για την αιτιολογία και την εξέλιξη της «μελάνωσης» δόθηκε το 1820 από τον Δρ. William Norris, γενικό ιατρό από το Stourbridge του Ηνωμένου Βασιλείου, με την περιγραφή της «μυκητοειδούς νόσου». Στη μελέτη του, ο Norris ακολούθησε έναν αρσενικό ασθενή μελανώματος 59 ετών πάνω από 3 χρόνια, τεκμηριώνοντας τόσο την πρόοδο της νόσου του όσο και κάνοντας λεπτομερείς ανατομικές παρατηρήσεις κατά την αυτοψία. Στην εξέταση του πτώματος, ο Norris έκανε μια σειρά από παρατηρήσεις που συνεχίζουν να ενδιαφέρουν τους βιολόγους και τους κλινικούς γιατρούς μέχρι σήμερα. Όταν έκανε

μια τομή μέσω του αρχικού όγκου, ο Norris σημείωσε: «Βρήκα την υφή να είναι ετερογενής. Ήταν από κοκκινωπό και υπόλευκο καφέ απόχρωση σε όλη τη διάρκεια, όχι πολύ σε αντίθεση με την εσωτερική δομή ενός μοσχοκάρυδου». Παρατηρείται επίσης η τάση του μελανώματος για εκτεταμένη μετάσταση και ίσως το πιο σημαντικό από όλα ήταν ότι ο Norris ήταν ο πρώτος που σημείωσε την κληρονομική φύση ορισμένων μελανωμάτων, περίπου 50 χρόνια πριν ο Μέντελ παρουσίασε τα στοιχεία του για την κληρονομικότητα. Είναι πιθανό ότι ο Norris περιέγραψε την πρώτη περίπτωση οικογενειακού άτυπου συνδρόμου πολλαπλού μοριακού μελανώματος, μια κληρονομική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από πολλαπλούς σπίλους και ένα οικογενειακό ιστορικό μελανώματος που σχετίζεται σε πολλές περιπτώσεις με μεταλλάξεις στο γονίδιο CDKN2A.

Ο Isaac Parish τεκμηρίωσε την πρώτη περίπτωση μελανώματος της Βόρειας Αμερικής το 1837. Ο ασθενής του, μια 43χρονη χήρα, εισήχθη στο νοσοκομείο Wills στη Φιλαδέλφεια, PA με «μυκητιακό όγκο» στο δάχτυλό της. Το μελάνωμα περιγράφηκε ότι προήλθε από ένα «μωβ σημάδι ή τυφλοπόντικα για το μέγεθος μιας μουριάς, η οποία υποτίθεται ότι ήταν συγγενής». Παρά την εφαρμογή ενός κατάπτρου από φτερά, καθαριστικά και βδέλλες στη βουβωνική χώρα, η ασθενής υπέκυψε σύντομα στην ασθένειά της.

Ο Sir Robert Carswell, διακεκριμένος επαγγελματίας της παθολογίας, πιστώθηκε με την επινόηση της λέξης μελάνωμα το 1838. Συνέβαλε επίσης απεικονίσεις διαφόρων παθολογικών καταστάσεων στον τόμο του, *Illustrations of the Elementary Forms of Disease*, μεταξύ των οποίων και για το μελάνωμα. Αυτή η εργασία ήταν αξιοσημείωτη για τη συμπερίληψη λεπτομερών σχεδίων μεταστάσεων μελανώματος.

Πολλοί σχολιαστές εκείνη την εποχή, συμπεριλαμβανομένων των Breschet et al., 1840, σημείωσαν επίσης την επίπτωση μελανώματος σε πολλά είδη ζώων, συμπεριλαμβανομένων των αλόγων, των σκύλων και των γατών. Το 1844, ένας Βρετανός χειρουργός με το όνομα Samuel Cooper δημοσίευσε τις πρώτες γραμμές της θεωρίας και την πρακτική της χειρουργικής.

Το 1853, ο Sir James Paget, Σύμβουλος Χειρουργός στο Νοσοκομείο St. Bartholomew's, στο Λονδίνο έδωσε μια έκθεση σχετικά με 25 περιπτώσεις μελανώματος στις οποίες περιέγραψε τη μετάβαση του μελανώματος από μια φάση ακτινικής ανάπτυξης σε μια φάση κάθετης ανάπτυξης. Το 1858, ο Oliver Pemberton αναφέρει λεπτομερώς 60 περιπτώσεις μελανώματος που συλλέχθηκαν από το 1820-1857 που περιγράφουν τα κλινικά χαρακτηριστικά τους και τις θέσεις των

μεταστάσεων. Ήταν επίσης ο πρώτος που περιέγραψε μελάνωμα σε έναν μαύρο ασθενή από το νησί της Μαδαγασκάρης.

2.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του δέρματος χωρίζεται συμβατικά σε δύο κατηγορίες: καρκίνος του μελανώματος και μη μελανώματος (NMSC). Η πλειονότητα των μελανωμάτων στους λευκούς πληθυσμούς είναι επιφανειακοί και οξώδεις μελανώματα. Οι καρκίνοι του δέρματος χωρίς μελάνωμα θεωρούνται γενικά ως καρκινώματα πλακωδών κυττάρων (SCC) και καρκινώματα βασικών κυττάρων (BCC). Υπολογίζεται ότι το 2000 υπήρχαν 132.000 περιπτώσεις μελανώματος που διαγνώστηκαν παγκοσμίως και 37.000 θάνατοι που προκαλούνται από μελάνωμα. Στην Ευρώπη, εκτιμάται ότι το 2.000 διαγνώστηκαν 35.000 περιπτώσεις μελανώματος και 9.000 θάνατοι που προκαλούνται από μελάνωμα.

Οι εκτιμήσεις του ποσοστού θνησιμότητας λόγω καρκίνου του δέρματος ποικίλλουν μεταξύ των χωρών, από τη χαμηλότερη τιμή 1,1 στη Μάλτα, έως την τιμή 3,5 στη Νορβηγία, με μέσο όρο 1,7 για τις χώρες της ΕΕ. Η Νορβηγία παρουσιάζει αρκετά υψηλότερη τιμή στα ποσοστά θνησιμότητας σε σχέση με τις γειτονικές σκανδιναβικές χώρες (που κυμαίνονται από 1,7-2,7). Τα συγκρίσιμα ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ χωρών της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης (ΧΚΑΕ) και της Δυτικής Ευρώπης, αλλά με σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά συχνότητας, δείχνουν πολύ υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης (Forsea et al., 2014).

Τα ποσοστά θνησιμότητας είναι ομοιόμορφα υψηλότερα στους άνδρες από ό, τι στις γυναίκες, που κυμαίνονται σε όλη την Ευρώπη από 0,9 έως 2,8 στις γυναίκες και από 1,3 έως 4,2 στους άνδρες. Οι σκανδιναβικές χώρες και η Ελβετία παρουσιάζουν την υψηλότερη διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα στα ποσοστά θνησιμότητας, με τη μέγιστη διαφορά στη Φινλανδία (1,1 στις γυναίκες έναντι 2,9 στους άνδρες).

Πέρα από τις αποκλίσεις στην πρόληψη, την έγκαιρη ανίχνευση και την καταχώριση, οι σημαντικές διαφορές στο φορτίο και το αποτέλεσμα του μελανώματος σε ολόκληρη την Ευρώπη έχουν τις ρίζες τους και στις διαφορές καθ' όλη τη διάρκεια της φροντίδας του μελανώματος, με τις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης να υστερούν. Οι συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία συσχετίζονται στενά με την εκτιμώμενη επιβίωση μελανώματος στην Ευρώπη και αυτή η παράμετρος παραμένει πολύ ετερογενής, κυμαινόμενη το 2016 από 5.600 ευρώ στο Λουξεμβούργο έως 400

ευρώ στη Ρουμανία, με τις σκανδιναβικές χώρες να πραγματοποιούν τις μέγιστες δαπάνες και τις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης τις ελάχιστες δαπάνες. Επιπλέον, η πρόσβαση σε νέες, καινοτόμες, εξαιρετικά αποτελεσματικές θεραπείες είναι περιορισμένη στο ανατολικό μέρος της ηπείρου, όπως και η πρόσβαση σε πολυεπιστημονική περίθαλψη. Σε βαθύτερο επίπεδο, οι ανισότητες στην ποιότητα της διαδικασίας, η διαθεσιμότητα πόρων και η διακυβέρνηση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης που στηρίζουν τις διαφορές στα αποτελέσματα της φροντίδας του καρκίνου αποτελούν τη βάση του «παγόβουνου» του φορτίου μελανώματος και των ανισοτήτων πρόγνωσης (Sacchetto et al., 2018).

Στις ΗΠΑ, περισσότερα από 9.500 άτομα διαγιγνώσκονται με καρκίνο του δέρματος κάθε μέρα. Περισσότεροι από δύο άνθρωποι πεθαίνουν από την ασθένεια κάθε ώρα (Rogers et al., 2015). Τουλάχιστον ένας στους πέντε Αμερικανούς θα αναπτύξει καρκίνο του δέρματος έως την ηλικία των 70 ετών. Εκτιμάται ότι ο αριθμός των νέων περιπτώσεων μελανώματος το 2021 στις Η.Π.Α. θα αυξηθεί κατά 5,8% (American Cancer Society, 2021). Ο αριθμός των θανάτων μελανώματος αναμένεται να αυξηθεί κατά 4,8% το 2021. Την τελευταία δεκαετία (2011-2021), ο αριθμός των νέων επεμβατικών περιπτώσεων μελανώματος που διαγνώστηκαν ετησίως αυξήθηκε κατά 44%. Υπολογίζεται ότι 7.180 άνθρωποι θα πεθάνουν από μελάνωμα το 2021. Από αυτούς, 4.600 θα είναι άνδρες και 2.580 θα είναι γυναίκες.

Η συντριπτική πλειονότητα των μελανωμάτων προκαλείται από τον ήλιο. Στην πραγματικότητα, μια μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο διαπίστωσε ότι περίπου το 86% των μελανωμάτων μπορεί να αποδοθεί στην έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία (UV). Σε σύγκριση με τους ασθενείς με μελάνωμα του σταδίου I που υποβλήθηκαν σε θεραπεία εντός 30 ημερών από τη βιοψία, εκείνοι που έλαβαν θεραπεία 30 έως 59 ημέρες μετά τη βιοψία έχουν 5% υψηλότερο κίνδυνο θανάτου από την ασθένεια και εκείνοι που έλαβαν θεραπεία περισσότερο από 119 ημέρες μετά τη βιοψία έχουν 41% υψηλότερο κίνδυνο. Σε όλα τα στάδια του μελανώματος, το μέσο ποσοστό επιβίωσης για τα πέντε τελευταία έτη στις ΗΠΑ είναι 93%. Το ποσοστό επιβίωσης πέφτει στο 66% όταν η ασθένεια φτάνει στους λεμφαδένες και 27% όταν η ασθένεια μεταφέρεται σε απομακρυσμένα όργανα (Conic et al., 2018).

Το μελάνωμα αντιπροσωπεύει το 6% των νέων περιπτώσεων καρκίνου στους άνδρες και το 5% των νέων περιπτώσεων καρκίνου στις γυναίκες. Οι άνδρες ηλικίας 49 ετών και κάτω έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης μελανώματος από οποιονδήποτε άλλο καρκίνο. Από τις ηλικίες 15 έως 39 ετών, οι άνδρες έχουν 55%

περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από μελάνωμα από ότι οι γυναίκες στην ίδια ηλικιακή ομάδα. Οι γυναίκες ηλικίας 49 ετών και κάτω είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν μελάνωμα από οποιονδήποτε άλλο καρκίνο εκτός από καρκίνο του μαστού και του θυρεοειδούς. Από την ηλικία των 50 ετών, περισσότεροι άνδρες αναπτύσσουν μελάνωμα από τις γυναίκες. Η πλειοψηφία των ατόμων που αναπτύσσουν μελάνωμα είναι λευκοί άνδρες άνω των 55 ετών. Αλλά μέχρι την ηλικία των 49 ετών, σημαντικά περισσότερες μη ισπανικές λευκές γυναίκες αναπτύσσουν μελάνωμα από τους λευκούς άνδρες (μία στις 156 γυναίκες έναντι μία στους 230 άνδρες). Συνολικά, ένας στους 27 λευκούς και μία στις 40 λευκές γυναίκες θα αναπτύξουν μελάνωμα στη διάρκεια της ζωής τους (American Cancer Society, 2021).

Από επιδημιολογική μελέτη που έχει πραγματοποιηθεί στις ΗΠΑ (American Cancer Society, 2021):

- Το εκτιμώμενο ποσοστό επιβίωσης πενταετούς μελανώματος για τα άτομα με μαύρο δέρμα είναι μόνο 67%, έναντι 92% για τα άτομα με λευκό δέρμα.
- Ο καρκίνος του δέρματος αντιπροσωπεύει περίπου το 2 έως 4 τοις εκατό όλων των καρκίνων στους Ασιάτες.
- Ο καρκίνος του δέρματος αντιπροσωπεύει το 4 έως 5 τοις εκατό όλων των καρκίνων στους Ισπανόφωνους.
- Ο καρκίνος του δέρματος αντιπροσωπεύει 1 έως 2 τοις εκατό όλων των καρκίνων στους Μαύρους
- Τα μελανώματα σε άτομα με μαύρο δέρμα, στους Ασιάτες και στους ομογενείς της Χαβάης εμφανίζονται συχνότερα σε δέρμα χωρίς έκθεση με λιγότερη χρωστική ουσία, με 60 έως 70% όγκων να εμφανίζονται στις παλάμες, στα πέλματα, στους βλεννογόνους και στις περιοχές των νυχιών.
- Το καρκίνωμα των πλακωδών κυττάρων είναι ο πιο κοινός καρκίνος του δέρματος στα άτομα με μαύρο δέρμα.

Το μελάνωμα σε παιδιά και εφήβους αντιπροσωπεύει 1 έως 4 τοις εκατό όλων των μελανωμάτων και 3 τοις εκατό των παιδιατρικών καρκίνων. Μεταξύ των ετών 2005 και 2015, η συχνότητα εμφάνισης μελανώματος σε παιδιά ηλικίας 10 έως 29 ετών μειώθηκε περίπου 4% ετησίως μεταξύ των ανδρών και 4,5% ετησίως μεταξύ των γυναικών. Η θεραπεία του μελανώματος της παιδικής ηλικίας συχνά καθυστερεί λόγω εσφαλμένης διάγνωσης των χρωματισμένων αλλοιώσεων (Dean et al., 2017).

A ΜΕΡΟΣ

1.ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το δέρμα αποτελεί ένα από τα ζωτικά όργανα του ανθρώπινου σώματος το οποίο καταλαμβάνει μέση επιφάνεια περίπου 2m² και το 30% του σωματικού βάρους. Το πάχος του δέρματος είναι μοναδικό για κάθε άτομο, ενώ διαφέρει σε ηλικιακό επίπεδο και ανάλογα με το φύλο. Το πάχος του δέρματος εμφανίζει διακυμάνσεις στο σύνολο της επιφάνειας που καταλαμβάνει και ποικίλει ανάλογα με την ανατομική θέση, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι εμφανίζεται παχύτερο στις παλάμες, τα πέλματα, τους γλουτούς, τον αυχένα και το εφήβαιο, ενώ μειώνεται σημαντικά σε περιοχές όπως τα βλέφαρα και τα αυτιά. Ως προς τη διάκριση σε σχέση με το φύλο εμφανίζεται σημαντικά λεπτότερο στα θηλυκά ενήλικα και ανήλικα άτομα ανεξαρτήτως φύλου, σε αντίθεση με τα αρσενικά άτομα στα οποία εμφανίζεται παχύτερο (Κουτσοπέτρα, 2018).

Το δέρμα διαχωρίζεται σε τρεις στιβάδες: την επιδερμίδα, με πάχος 0,04 mm - 0,25mm, η οποία αποτελεί την εξωτερική στιβάδα, το χόριο, με πάχος 0,5 - 4 mm, το οποίο αποτελεί την μεσαία στιβάδα και τον υποδόριο ιστό, με πάχος 4 - 9mm που αποτελεί την εσωτερική στιβάδα του δέρματος. Στοιχεία του δέρματος αποτελούν οι σμηγματογόνοι και ιδρωτοποιοί αδένες, οι τρίχες και τα νύχια (William, 2003), ενώ στην επιφάνειά του διακρίνονται τα εξής στοιχεία (Σπύρου, 2009):

- οι πόροι, που αντιστοιχούν στα στόμια των στοιχείων του δέρματος.
- οι δερματικές ακρολοφίες που βρίσκονται στις παλάμες και τα πέλματα και αποτελούν τα δακτυλικά αποτυπώματα.
- οι δερματικές θηλές που είναι μικρές κωνοειδείς προεξοχές του δέρματος.
- οι πτυχές του δέρματος οι οποίες είναι αύλακες ή πτυχές του δέρματος.

Ο δερματικός ιστός αποτελείται από τα κερατινοκύτταρα, τους ινοβλάστες, τα λιπώδη κύτταρα, τα μελανοκύτταρα και τα ερυθροκύτταρα.

1.1.ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ

Η επιδερμίδα αποτελείται από ένα πλακώδες επιθήλιο, το οποίο με τη σειρά του διακρίνεται σε στιβάδες. Στα χαρακτηριστικά της γνωρίζουμε συγκαταλέγεται το γεγονός ότι δεν περιέχει αιμοφόρα αγγεία. Ωστόσο όμως αποτελείται από ένα αρκετά εκτεταμένο σύστημα νευρώσεων. Το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, από το οποίο

αποτελείται διακρίνεται σε 4 στιβάδες, τη βασική, τη μαλπιγιανή ή ακανθωτή, τη κοκκώδη και τη κερατίνη στιβάδα.

1.1.1.Βασική ή μητρική στιβάδα

Η βασική ή μητρική στιβάδα αποτελείται από μία σειρά, κάθετα διατεταγμένων, κυλινδρικών ή κυβοειδών κυττάρων. Το ανώτερο μέρος της βασικής στιβάδας είναι θολωτό, ενώ ο πυθμένας της αποτελείται από οδοντωτές προεξοχές, οι οποίες φθάνουν μέχρι το κυρίως δέρμα. Η βασική στιβάδα χαρακτηρίζεται από έντονη μιτωτική δραστηριότητα, με συνεχή πολλαπλασιασμό κυττάρων, τα οποία ανέρχονται στην επιφάνεια με σκοπό το σχηματισμό της κερατίνης στιβάδας (Κατσάμπας, 2007).

1.1.2.Μαλπιγιανή ή ακανθωτή στιβάδα

Η μαλπιγιανή ή ακανθωτή στιβάδα αποτελείται από ένα πλήθος κυτταρικών σειρών (ιστολογικών τομών του δέρματος, τα κύτταρα συρρικνώνονται και οι περιοχές σύνδεσης των κυττάρων στα δεσμοσωμάτια μοιάζουν με άκανθες, γι' αυτό και η στιβάδα αυτή ονομάζεται ακανθωτή (Fitzpatrick et al., 2002).

1.1.3.Κοκκώδης στιβάδα

Η κοκκώδης στιβάδα αποτελείται από μια σειριακή συστοιχία αποπεπλατυσμένων κυττάρων, ρομβοειδούς σχήματος και συνιστά το σημείο στο οποίο πραγματοποιείται η σύνθεση πρωτεϊνών του δέρματος. Τα κύτταρα της κοκκώδους στιβάδας, αποτελούνται από κοκκία κερατοϋαλίνης, τα οποία αποτελούν με τη σειρά τους πρόδρομη ουσία σχηματισμού της κερατίνης (Κατσάμπας, 2007).

1.1.4.Διαυγής στιβάδα

Η διαυγής στιβάδα αποτελεί ενδιάμεση στιβάδα μεταξύ κερατίνης και κοκκώδους στιβάδας, ενώ η ονομασία της προκύπτει από το γεγονός ότι δεν χρωματίζεται από κοινές χρωστικές ουσίες. Ο ρόλος της διαυγούς στιβάδας είναι πολύ σημαντικός, καθώς λόγω της ελαϊδίνης που περιέχει, η οποία διαθλά την υπεριώδη ακτινοβολία, συμβάλει στην προστασία του δέρματος.

1.1.5.Στιβάδα επιδερμίδας

Η κερατίνη στιβάδα, αποτελεί την τελευταία και εξωτερική στιβάδα της επιδερμίδας. Αποτελείται από κυτταρικούς σχηματισμούς (κεράτινα πετάλια), τα οποία δεν περιέχουν πυρήνα και διατάσσονται σε συστάδες. Τα κεράτινα πετάλια αποτελούν το τελευταίο όριο των στιβάδων της επιδερμίδας προς το περιβάλλον, προσδίδουν αντοχή σε όλη την επιφάνεια του δέρματος, ενώ σταδιακά αποκολλώνται από αυτή και αποπίπτουν, ενώ τη θέση τους παίρνουν νεότεροι ίδιοι σχηματισμοί (Buxton, 2007).

1.2. ΧΟΡΙΟ Η΄ ΚΥΡΙΩΣ ΔΕΡΜΑ

Το χόριο αποτελεί τη δεύτερη κύρια στιβάδα του δέρματος, η οποία είναι υπεύθυνη για την ροή θρεπτικών στοιχείων, συνοχής και στήριξης της επιδερμικής στιβάδας. Αυτή η στιβάδα πάχους 1-4mm, διακρίνεται σε δύο υποστιβάδες, τη θηλώδη και τη δικτυωτή. Η θηλώδης βρίσκεται κοντά στη χοριοεπιδερμική συμβολή, αποτελεί την ανώτερη στιβάδα του χορίου. Η δικτυωτή στιβάδα, αποτελεί το κατώτερο τμήμα του χορίου και συγκροτείται από ένα μικρότερο δίκτυο, σε σχέση με τη θηλώδη στιβάδα το οποίο συγκροτείται από νευρικές ίνες και λιγότερα τριχοειδή αγγεία.

Η σύνδεση της επιδερμίδας και του χορίου πραγματοποιείται με δομές που ονομάζονται καταδύσεις της επιδερμίδας στο χόριο και αναδύσεις του χορίου. Η βασική μεμβράνη διαχωρισμού επιδερμίδας χορίου συγκροτείται από το διαυγές και το πυκνό πέταλο. Το διαυγές πέταλο εφάπτεται της βασικής στιβάδας της επιδερμίδας, ενώ το πυκνό εφάπτεται στο τμήμα του χορίου. Χαρακτηριστικό γνώρισμα του δεύτερου είναι το περιεχόμενο σε ίνες κολλαγόνου, οι οποίες αποτελούν τη σύνδεση μεταξύ επιδερμίδας και κυρίως δέρματος. Τέλος, το χόριο περιλαμβάνει και την κατηγορία στοιχείων του δέρματος, η οποία διακρίνεται από τους ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες, τρίχες και νύχια, όπως επίσης αιμοφόρα αγγεία, λεμφικά αγγεία και νευρώδεις απολήξεις (Pharmaceutical Press, 2003).

1.3. ΥΠΟΔΟΡΙΟΣ ΙΣΤΟΣ

Ο υποδόριος ιστός αποτελεί την τρίτη και τελευταία στιβάδα του δέρματος, η οποία αποτελεί το συνδετικό κρίκο μεταξύ χορίου και υποκειμενικών ιστών. Η κυριότερη λειτουργία της είναι η αποθήκευση λίπους, παρέχοντας θερμομόνωση στον ανθρώπινο οργανισμό, βοηθά στην απορρόφηση των κραδασμών, προστατεύει τα αιμοφόρα

αγγεία και τις νευρικές απολήξεις. Η δομή του υποδόριου ιστού αποτελείται από κολλαγόνο και ελαστίνη στα οποία απαντώνται τα λιποκύτταρα. Η ποσότητα και η περιεκτικότητα σε υποδόριο ιστό διαφέρει από άτομο σε άτομο, ενώ προσδιορίζεται από παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία και η ανατομική θέση του ιστού.

Οι ενήλικες γυναίκες περιλαμβάνουν μεγαλύτερες ποσότητες υποδόριου λίπους, σε σχέση με την αντίστοιχη κατηγορία των ανδρών, το οποίο συγκεντρώνεται κατά κύριο λόγο στους μαστούς, τους γλουτούς και την κοιλιακή περιοχή. Το υποδόριο λίπος απουσιάζει εντελώς σε περιοχές όπως τα βλέφαρα, τα αυτιά, τη ράχη της μύτης και τα χείλη.

2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το δέρμα αποτελεί έναν εξωτερικό αμυντικό ιστό, ως περίβλημα του σώματος και διακρίνεται από ένα εύρος λειτουργικών χαρακτηριστικών, το οποίο αποτελεί τη φυσιολογία του. Το δέρμα έχει προασπιστική λειτουργία, οφείλεται στη λειτουργία των φυσικοχημικών ιδιοτήτων του δέρματος και αποτελεί ένα ανατομικό φραγμό ή διαφορετικά μια ασπίδα προστασίας των οργάνων του σώματος από τις βλαπτικές επιδράσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος. Η θερμορυθμιστική λειτουργία είναι η θερμοκρασία του σώματος διατηρείται σε σταθερά επίπεδα 37°C, λόγω της ισορροπίας που υπάρχει μεταξύ του ισοζυγίου θερμότητας που παράγεται και αποβάλλεται από το ανθρώπινο σώμα. Στη ρύθμιση αυτή το δέρμα παίζει σπουδαίο ρόλο με δύο κυρίως μηχανισμούς, με την παραγωγή και την ελάττωση του ιδρώτα όπως επίσης και την διαστολή ή συστολή των επιδερμικών αγγείων. Το δέρμα απαρτίζεται από αισθητήρια όργανα αφής, τα οποία είναι υπεύθυνα για την αίσθηση μεταβολών σε πίεση, θερμοκρασία, επίπεδα πόνου και τα οποία βρίσκονται σε ειδικούς υποδοχείς του δέρματος.

Έχει ταυτόχρονα μεταβολική λειτουργία και με την παρουσία ενζύμων, συνθέτει και μεταβολίζει ορμόνες, αποτελώντας ένα τεράστιο ενδοκρινή αδέν. Στο δέρμα μεταβολίζονται οι πρωτεΐνες, οι υδατάνθρακες, τα λίπη, τις βιταμίνες, τους ηλεκτρολύτες και τη περιεκτικότητα σε νερό. Οι λειτουργίες αυτές γίνονται με τη βοήθεια διαφόρων παραγόντων και πολύπλοκων μηχανισμών. Η εκκριτική και απεκκριτική λειτουργία είναι επίσης, σημαντική γιατί το δέρμα αποτελεί ένα όργανο ελέγχου για τις εισερχόμενες και εξερχόμενες ουσίες. Οι εξερχόμενες ουσίες αποβάλλονται μέσω του ιδρώτα και του σμήγματος από τους αντίστοιχους αδένες του

σώματος. Η παραγωγή ιδρώτα πραγματοποιείται στους ιδρωτοποιούς αδένες σε ποσότητα 500-700gr την ημέρα, ενώ σε περιπτώσεις πυρετού ή αυξημένης εξωτερικής θερμοκρασίας ή παραπάνω ποσότητα αυξάνεται. Το νερό που αποβάλλεται από το ανθρώπινο σώμα με τη μορφή ιδρώτα, αποτελείται από ανόργανα άλατα (π.χ. χλωριούχο νάτριο) σε αναλογία 0,5% και οργανικές ουσίες (ουρία, ουρικό οξύ, κρεατινίνη, αμινοξέα, γλυκόζη, γαλακτικό οξύ) σε αναλογία 0,5%. Ο ιδρώτας έχει όξινο χαρακτήρα και συμμετέχει στη θερμορρυθμιστική λειτουργία του ανθρώπινου σώματος.

Η παραγωγή σμήγματος πραγματοποιείται στους σμηγματογόνους αδένες και αποτελείται από συστατικά όπως: ουδέτερα λίπη, ελεύθερα λιπαρά οξέα και λιποειδή. Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι εκτός από την απέκκριση ουσιών, το δέρμα δρα και ως απορροφητικό μέσο. Η είσοδος διαφόρων ουσιών στο δέρμα πραγματοποιείται μέσω της επιδερμίδας και των τριχοσμηγματογόνων θυλάκων. Το νερό και οι υδατοδιαλυτές ουσίες απορροφούνται πιο δύσκολα σε σχέση με τις λιποδιαλυτές ουσίες γιατί οι πρώτες παρεμποδίζονται από το σμήγμα, ενώ οι τελευταίες απορροφώνται μέσω των κυτταρικών στοιχείων της επιδερμίδας. Η απορροφητική δραστηριότητα του δέρματος είναι πολύ σημαντική ως προς τη μελέτη αλλεργικών δερματικών αντιδράσεων διότι μέσω αυτής προσδιορίζεται και η τοξικότητα των ουσιών προς τον άνθρωπο. Για τον παραπάνω λόγο πραγματοποιούνται μελέτες προκειμένου να αντιμετωπιστούν φαινόμενα όπως η φωτογήρανση, η αφυδάτωση, αλλά και δερματικές αλλοιώσεις.

Η κερατινοποίηση και η μελανινογένεση είναι δυο σημαντικές λειτουργίες. Κατά την κερατινοποίηση εκατομμύρια νεκρά κύτταρα απομακρύνονται με αποτέλεσμα το δέρμα να ανανεώνεται. Κατά τη μελανινογένεση, η μελανίνη μια φυσιολογική χρωστική που αποτελεί πολύ σημαντική ουσία του δέρματος, μας προστατεύει από τις βλαπτικές επιδράσεις της υπεριώδους ακτινοβολίας. Μετά από έκθεση σε ηλιακή ακτινοβολία υπερπαραγέται με αποτέλεσμα το φυσιολογικό μαύρισμα. Λόγω της μελανίνης το δέρμα της μαύρης φυλής είναι ανθεκτικό στην ηλιακή ακτινοβολία ενώ το δέρμα της λευκής είναι ευαίσθητο στην ηλιακή ακτινοβολία.

3.ΑΙΤΙΑ

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη καρκίνου του δέρματος, σχετίζονται κυρίως με τον ασθενή π.χ. οικογενειακό ιστορικό ή άλλοι εγγενείς παράγοντες και εξωγενείς παράγοντες, όπως είναι οι περιβαλλοντικές συνθήκες στις οποίες διαβιώνει (Σιβρίδης, 2007). Το πιο ευάλωτο κοινό στον καρκίνο του δέρματος θεωρούνται τα άτομα με οικογενειακό ιστορικό, εκείνα που έχουν υποστεί εγκαύματα από εκτεταμένη έκθεση στη ηλιακή ακτινοβολία και ιδιαίτερα σε παιδική ηλικία, όπως επίσης και άτομα με παθήσεις του ανοσοποιητικού συστήματος.

Οι εγγενείς παράγοντες που προαναφέρθηκαν έχει παρατηρηθεί ότι συσχετίζονται άμεσα με το οικογενειακό ιστορικό ενός ατόμου και το χαρακτηριστικό της επιρροής ως προς την εμφάνιση μελανώματος κληρονομείται μέσω γονοτύπου (Gandini et al., 2011). Ο παράγοντας που ευθύνεται για την ανάπτυξη του καρκίνου του δέρματος είναι η εκτεταμένη έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία. Σήμερα, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του δέρματος, είναι αυξημένος λόγω της μείωσης του στρατοσφαιρικού όζοντος που έχει το ρόλο «φίλτρου προστασίας» για την επιβλαβή υπεριώδη ηλιακή ακτινοβολία. Η επίδραση του ηλίου και ειδικά της UVB ακτινοβολίας επιφέρει αλλαγές στη βιολογική συμπεριφορά των κυττάρων, με αποτέλεσμα τη συχνότερη ανάπτυξη επιθηλιωμάτων δέρματος, καρκίνου του δέρματος, καθώς και μελανώματος.

Εκτός από τους παράγοντες εμφάνισης καρκίνου του δέρματος, όπως το οικογενειακό ιστορικό και τις περιβαλλοντικές συνθήκες που διαβιώνει ένα άτομο, ένας ακόμα παράγοντας που συνυπολογίζεται στην εμφάνιση δερματικού καρκίνου είναι τα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά ενός ατόμου. Όλα τα άτομα δεν έχουν ίδια αντίδραση απέναντι στον ήλιο και αυτό εξαρτάται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους, που είναι γενετικά προσδιορισμένα. Τα χαρακτηριστικά αυτά καθορίζουν το φωτότυπο του κάθε ατόμου και εκφράζουν την ικανότητα παραγωγής μελανίνης. Κάθε επιδερμίδα αντιδρά στην ηλιακή ακτινοβολία ανάλογα με τα φυσικά της χαρακτηριστικά και κυρίως ανάλογα με το φωτότυπο της.

Οι φωτότυποι κατατάσσονται σε μια κλίμακα λαμβάνοντας υπόψη: το χρώμα της επιδερμίδας (από την πιο ανοιχτόχρωμη έως την πιο σκούρα επιδερμίδα), το χρώμα των μαλλιών, την παρουσία ή μη εφηλίδων (φακίδες), την φωτοευαισθησία, την ποιότητα του μαυρίσματος (D'Oracio et al., 2013).

4.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η ακτινική υπερκεράτωση αποτελεί μία βλάβη του δέρματος, ως αποτέλεσμα χρόνιας έκθεσης στην ηλιακή ακτινοβολία. Συγκεκριμένα, προκαλείται από την έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία και προκαλεί δερματικές αλλοιώσεις. Ο τύπος, ανήκει στην κατηγορία προ-κακοήθους νεοπλάσματος με εξέλιξη σε πλακώδες καρκίνωμα. Η ακτινική υπερκεράτωση εμφανίζεται κυρίως σε άτομα με τύπο δέρματος I και III, ενώ εξαρτάται βάση της ηλικίας του ατόμου αλλά και των δραστηριοτήτων που επιλέγει να ακολουθεί (π.χ. ορειβασία, αγροτικές εργασίες, άθληση σε εξωτερικό χώρο, κ.λ.π.).

Σύμφωνα με την κλίμακα Fitzpatrick, (D'Oracio et al., 2013), τα άτομα με ανοιχτό δέρμα είναι πιο σύνηθες να εμφανίσουν ακτινική υπερκεράτωση σε σχέση με τα άτομα πιο σκούρου δέρματος. Τέλος, η υπερκεράτωση αποτελεί μία ενζυμική διαδικασία που πραγματοποιείται στην επιδερμίδα, ως διαδικασία επανόρθωσης του DNA, το οποίο έχει υποστεί βλάβες από την ηλιακή ακτινοβολία.

Ο τύπος προκαρκινικής εμφάνισης με την ονομασία δερματικό κέρας εμφανίζεται στην επιφάνεια του δέρματος ως κωνική προεξοχή και αποτελείται από μία συμπαγή μάζα υλικού κερατίνης. Εμφανίζεται κυρίως σε μη έγχρωμα άρρενα ενήλικα άτομα και εντοπίζεται κυρίως απευθείας στις δερματικές περιοχές που έχουν εκτεθεί σε χρόνια ηλιακή ακτινοβολία. Οι περιοχές αυτές μπορεί να είναι το πρόσωπο, τα αυτιά και οι ώμοι, ενώ σπανιότερα εμφανίζεται στο τριχωτό της κεφαλής, στην πλάτη, το θώρακα και τις κνήμες και η εξέλιξή του είναι επώδυνη, ενώ έχει ως επιπλέον επίπτωση τον κνησμό (Σακουφάκη, 2017).

Ο τύπος του κερατοακανθώματος αποτελεί ένα καλοήγη επιθηλιακό όγκο που προέρχεται από τον τριχοσμηγματογόνο θύλακο και αποτελείται από κερατινοποιούμενα ακανθοκύτταρα. Το κερατοακάνθωμα μπορεί να αναπτυχθεί οπουδήποτε στο δέρμα. Κυρίως όμως εμφανίζεται σε περιοχές που εκτίθενται περισσότερο στον ήλιο. Το 70% των περιστατικών στα εύκρατα κλίματα, αφορά το πρόσωπο (μύτη, παρειές, βλέφαρα, χείλη) και τον τράχηλο και ακολουθεί η ραχιαία επιφάνεια των άκρων χειρών, καρπών αντιβραχίων, με σπανιότερη εμφάνιση στο στήρνο και στο μηρό (Σακουφάκη, 2017).

Ο μελανοκυτταρικός καρκίνος του δέρματος (Non-Melanoma Skin Cancer, NMSC) περιλαμβάνει νεοπλασίες του δέρματος, οι οποίες προέρχονται από όλους του κυτταρικούς τύπους εκτός των μελανοκυττάρων. Η πιο συχνή εμφάνιση καρκινικού

τύπου είναι το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα (BCC) και το πλακώδες ή επιδερμικό καρκίνωμα (SCC). Η εμφάνιση μελανοκυτταρικού καρκινώματος συνδέεται άμεσα με τον παράγοντα ηλικία, ενώ έχει πιο συχνή εμφάνιση σε πληθυσμούς με ανοιχτόχρωμο δέρμα και μακροχρόνια έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία. Η έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία έχει επιπτώσεις, σε μοριακό επίπεδο, ως προς τη μετάλλαξη ογκοκατασταλτικού γονιδίου, ενώ γενικά η εμφάνιση του συγκεκριμένου καρκινικού τύπου σχετίζεται με τον τρόπο ζωής και διατροφής του ατόμου (Benjamin et al., 2007).

Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα αποτελεί τη συνηθέστερη και λιγότερο επιθετική μορφή δερματικού καρκίνου, ενώ μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος όπως το πρόσωπο, ο αυχένας, οι ώμοι και η ράχη των ηλικιωμένων κυρίως ατόμων. Η κύρια επίπτωσή του αφορά τη βασική στιβάδα της επιδερμίδας χωρίς να προκαλεί μεταστάσεις. Το δέρμα παρουσιάζει αλλοιώσεις. Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα περιεγράφηκε για πρώτη φορά από τον Jacob το 1824 (Τσάππης, 2016). Τα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά του ατόμου που υπάρχει πιθανότητα να εμφανίσουν το συγκεκριμένο τύπο δερματικής αλλοίωσης, είναι τα ανοιχτόχρωμα άτομα με λευκό δέρμα όπου εμφανίζουν εγκαύματα, λόγω της ηλιακής έκθεσης, με τη μορφή φακίδων. Η νόσος παρουσιάζει αύξηση εμφάνισης σε πολλές χώρες παγκοσμίως ενώ προβλέπεται ότι θα συνεχίσει την ανοδική της πορεία, ενώ σύμφωνα με τους Curado et al., 2007, όσο πιο κοντά βρίσκεται κάποιος στον ισημερινό, τόσο μεγαλύτερη είναι η UV ακτινοβολία στην οποία εκτίθεται.

Το κακοήθες μελάνωμα χαρακτηρίζεται από διαδοχικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ της υπερϊώδους ακτινοβολίας και των δερματικών κυττάρων, με άμεσο αποτέλεσμα τον υπέρμετρο πολλαπλασιασμό των μελανοκυττάρων της επιδερμίδας. Η συσσώρευση μεταλλάξεων, προερχόμενη από την έκθεση του ατόμου σε υπερϊώδη ηλιακή ακτινοβολία, έχει ως αποτέλεσμα τις γενετικές μεταβολές στα κύτταρα της επιδερμίδας, ενώ ταυτόχρονα επηρεάζει τη λειτουργία γονιδιωμάτων, τα οποία με τη σειρά τους επηρεάζουν κυτταρικές δραστηριότητες. Το κακοήθες μελάνωμα προέρχεται από τα μελανοκύτταρα που βρίσκονται στο δερμο-επιδερμικό όριο. Παρ' όλη τη βλαπτική δραστηριότητα της υπερϊώδους ακτινοβολίας, ο ανθρώπινος οργανισμός διαθέτει μηχανισμούς αποκατάστασης βλαβών του DNA και απομάκρυνσης κατεστραμμένων κυττάρων. Γενικά η βιολογική εξέλιξη ενός κακοήθους μελάνωματος διακρίνεται σε δύο φάσεις (National Cancer Institute, 2003):

- Οριζόντια φάση ανάπτυξης: Η διάρκεια αυτού του σταδίου μπορεί να έχει διάρκεια αρκετών μηνών και ουσιαστικά πραγματοποιείται η εξάπλωση των

καρκινικών κυττάρων σε περιφερειακό ή οριζόντιο επίπεδο κατά μήκος της βασικής στιβάδας της επιδερμίδας και του θηλώδους χορίου, σχηματίζοντας κλινικά μια μελαγχρωματική κηλίδα ή πλάκα που επεκτείνεται ασύμμετρα.

- **Κάθετη φάση ανάπτυξης:** Η κάθετη φάση ανάπτυξης εκδηλώνεται κλινικά με τη μορφή οζιδίων, των οποίων ο χρόνος σχηματισμού είναι αρκετά μικρότερος σε σχέση με την οριζόντια φάση ανάπτυξης. Σε αυτό το στάδιο, τα καρκινικά κύτταρα αναπτύσσονται σε κάθετες διατάξεις και εισχωρούν με διήθηση στα βαθύτερα στρώματα του δέρματος. Μέσω της προηγούμενης λειτουργίας, είναι πολύ πιθανή η μεταστατική διασπορά του όγκου η οποία επιβαρύνει το στάδιο της πρόγνωσης. Το μελάνωμα είναι ένας καρκίνος του δέρματος που ξεκινά στα μελανοκύτταρα, τα κύτταρα που παράγουν τη χρωστική του δέρματος ή τη χρωστική ουσία γνωστή ως μελανίνη (National Cancer Institute, 2003). Το μελάνωμα μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε σημείο του δέρματος, με συχνότερη εμφάνιση στον ανδρικό πληθυσμό, στο δέρμα της κεφαλής και στους ώμους. Στον γυναικείο πληθυσμό, το μελάνωμα εμφανίζεται κατά κύριο λόγο στο κατώτερο μέρος των ποδιών, στους ώμους και τους γοφούς, ενώ σε επίπεδο χρώματος δέρματος εμφανίζεται σπανιότερα σε σκούρα δέρματα.

5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση καρκίνου του δέρματος συνήθως ξεκινά με οπτική εξέταση. Το Ίδρυμα Καρκίνου του Δέρματος και η Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου προτείνουν μηνιαίες αυτοεξετάσεις και ετήσιες επισκέψεις γιατρών για την εξέταση πιθανών καρκίνων του δέρματος. Εάν βρεθεί ύποπτο σημείο, ο γιατρός εξετάζει πρώτα την περιοχή, σημειώνοντας το μέγεθος, το σχήμα, το χρώμα και την υφή της, καθώς και τυχόν αιμορραγία ή απολέπιση. Ο γιατρός σας μπορεί επίσης να εξετάσει τους κοντινούς λεμφαδένες για να δει εάν είναι διογκωμένοι. Εάν σας δει ένας γιατρός πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μπορεί να παραπεμφθείτε σε δερματολόγο που μπορεί να κάνει πιο εξειδικευμένες εξετάσεις και να κάνει διάγνωση.

Ένας δερματολόγος μπορεί να χρησιμοποιήσει ένα ειδικό μικροσκόπιο ή μεγεθυντικό φακό για να εξετάσει πιο προσεκτικά το ύποπτο σημείο, μια διαδικασία που ονομάζεται δερματοσκόπηση. Σε πολλές περιπτώσεις, ο καρκίνος του δέρματος απομακρύνεται στο γραφείο του δερματολόγου. Εάν ένας δερματολόγος διαπιστώσει

ότι ο καρκίνος του δέρματος είναι μελάνωμα ή καρκίνωμα κυττάρων Merkel, μπορεί να απαιτείται πιο επιθετική θεραπεία.

Οι δύο πιο συνηθισμένοι τύποι δοκιμών που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση καρκίνου του δέρματος είναι οι βιοψίες και οι εξετάσεις απεικόνισης.

Οι περισσότεροι καρκίνοι του δέρματος - ειδικά το καρκίνωμα των βασικών κυττάρων, η πιο κοινή μορφή καρκίνου του δέρματος - παραμένουν τοπικοί και δεν εξαπλώνονται σε απομακρυσμένα όργανα. Το καρκίνωμα μελανώματος και κυττάρων Merkel είναι πιο επιρρεπές στην εξάπλωση. Σε αυτές τις περιπτώσεις, μία από τις διάφορες ιατρικές απεικονιστικές διαδικασίες μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προσδιοριστεί εάν τα καρκινικά κύτταρα έχουν μετασταθεί σε εσωτερικά όργανα και οστά. Οι διαδικασίες απεικόνισης περιλαμβάνουν την αξονική τομογραφία, την ακτινογραφία και την μαγνητική τομογραφία.

Αυτές οι διαδικασίες απεικόνισης είναι μη επεμβατικές και ανώδυνες. Εάν αποκαλύψουν ύποπτα σημεία ή μεταστάσεις, μπορεί να απαιτείται μια πιο επεμβατική βιοψία.

6. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Υπάρχουν πολλές καλοήθειες και κακοήθειες δερματολογικές οντότητες που μιμούνται ιστολογικά αλλά και κλινικά το BCC και η λανθασμένη διάγνωση μπορεί να οδηγήσει σε περιττή εκτομή ή καθυστερημένη διάγνωση μεταστατικής νόσου. Η διαφορική διάγνωση ποικίλλει ανάλογα με τον υπότυπο του βασικοκυτταρικού καρκινώματος.

Σύμφωνα με μια μελέτη 1215 βιοψιών που διεξήχθησαν σε πληθυσμό πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πάνω από το 80% των βλαβών βιοψίας ήταν καλοήθειες και περιλάμβαναν σπίλους, σμηγματορροϊκές κερατόζες, κύστεις, δερματοφύκους, ινώδη ιστιοκύτταρα και πολύποδες ή ετικέτες δέρματος. Οι προ-κακοήθειες βλάβες (συμπεριλαμβανομένων των ακτινικών κερατοζών και του lentigo maligna) αντιπροσώπευαν το 7% του συνόλου. Δεκατρία τοις εκατό ήταν κακοήθειες: καρκινώματα βασικών κυττάρων (73%), ακολουθούμενα από καρκινώματα πλακωδών κυττάρων (14%) και κακοήγη μελανώματα (12%). Στη σειρά συμπεριλήφθηκε ένα μεταστατικό αδενωμακαρκίνωμα (1%) (επίπεδο απόδειξης [LOE]: 4).

Η διαφορική διάγνωση για καρκίνωμα βασικών κυττάρων περιλαμβάνει επιφανειακό καρκίνωμα βασικών κυττάρων, καρκίνωμα βασικών κυττάρων με

χρωματισμό, καρκίνωμα βασικών κυττάρων διήθησης, τριχοεπιθήλιο, χηλοειδές, molluscum contagiosum και dermatofibromas.

Για τον καρκίνο των πλακωδών κυττάρων, η διαφορά περιλαμβάνει καρκίνωμα πλακωδών κυττάρων, κερατοακάνθωμα, έκζεμα και ατοπική δερματίτιδα, δερματίτιδα εξ επαφής, ψωρίαση και σμηγματορροϊκή δερματίτιδα.

Η διαφορική διάγνωση για κακοήγη μελάνωμα περιλαμβάνει σμηγματορροϊκή κεράτωση, τραυματισμένο ή ερεθισμένο νεύρο, καρκίνωμα βασικών κυττάρων με χρωματισμό, φαινόμενο, μπλε κύμα, αγγειοκερατόμα, τραυματικό αιμάτωμα, φλεβική λίμνη, αιμαγγείωμα, δερματοφίμωμα και χρωματισμένη ακτινική κεράτωση.

7. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Το 1969, σε εργασία, ο Clark και οι συνεργάτες του, παρουσίασαν ένα σύστημα σταδιοποίησης της εξελικτικής πορείας του μελανώματος με στόχο την βέλτιστη πρόγνωση και αντιμετώπιση της νόσου. Το σύστημα αυτό αποτελείται από πέντε βασικά στάδια.

- Στάδιο I: Αφορά ενδοεπιδερμικό μελάνωμα, το οποίο προσδιορίζεται εργαστηριακά, ενώ περιορίζεται στην επιδερμίδα.
- Στάδιο II: Τα μελανοκύτταρα εισχωρούν στο επίπεδο του χορίου, αλλά δεν έχουν εισβάλει στη δικτυωτή στιβάδα.
- Στάδιο III: Το θηλώδες χόριο έχει καταληφθεί από μελανοκύτταρα, τα οποία είναι στο όριο να εισέλθουν στη δικτυωτή στιβάδα του δέρματος.
- Στάδιο IV: Ο δικτυωτός χώρος της επιδερμίδας έχει καταληφθεί από μελανοκύτταρα.
- Στάδιο V: Τα μελανοκύτταρα έχουν εισέλθει στον υποδόριο ιστό και επεκτείνονται κατά μήκος του.

Σήμερα, χρησιμοποιείται το σύστημα σταδιοποίησης, όπως προκύπτουν από την Επιτροπή Σταδιοποίησης Μελανώματος (Η.Π.Α) - American Joint Committee on Cancer (AJCC). Το συγκεκριμένο σύστημα στηρίζεται σε παράγοντες, όπως ενσωμάτωση του πάχους της βλάβης, της παρουσίας εξέλκωσης και του βαθμού μιτώσεων, καθώς και της εκτίμησης της κατάστασης των επιχωρίων λεμφαδένων ως αναπόσπαστο τμήμα της σταδιοποίησης της νόσου (Κουτσοπέτρα, 2018).

8. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Κατά τη διάγνωσή τους, το 90% των μελανωμάτων είναι πρωτοπαθείς μη μεταστατικοί όγκοι. Η δεκαετής επιβίωση για τους όγκους αυτούς υπολογίζεται γύρω στο 75-85%. Η πρόγνωση του μελανώματος στηρίζεται στους παρακάτω παράγοντες: Πάχος όγκου και εξέλκωση. Το πάχος του όγκου υπολογίζεται βάση του δείκτη Breslow, το οποίο πραγματοποιείται με τη βοήθεια οπτικού μέτρου σε πληθώρα ιστολογικών τομών. Η επιβίωση μειώνεται με την αύξηση του δείκτη Breslow. Ο δείκτης Breslow αφορά τη σταδιοποίηση της νόσου με βάση το πάχος και κατατάσσει τη βλάβη σε τέσσερα στάδια: Στάδιο I: Πάχος 1,0mm, Στάδιο II: Πάχος 1,01-2,0mm, Στάδιο III: Πάχος 2,01- 4,0mm, Στάδιο IV: Πάχος > 4,0mm.

Την ύπαρξη έλκωσης σε ιστολογικό επίπεδο, η οποία είναι η απουσία ιστολογικά άθικτης επιδερμίδας που καλύπτει μεγάλο μέρος του πρωτοπαθούς μελανώματος. Σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης προχωρημένης νόσου και χαμηλότερη επιβίωση (Κωστάκη και συν, 2013: Garbe et al., 2012: Marsden et al., 2010).

Ο μιτωτικός δείκτης αφορά τη μιτωτική δραστηριότητα που συμβαίνει ανά τετραγωνικό εκατοστό στην επιφάνεια του δέρματος. Η αύξηση της τιμής του δείκτη προϋποθέτει και τη μικρή πιθανότητα επιβίωσης (Κωστάκη και συν, 2013: Garbe et al., 2012: Marsden et al., 2010).

Βάση μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί και έχουν συμβάλει στην οργάνωση της πρόγνωσης μελανωμάτων προκύπτει ότι η ανατομική θέση του όγκου παίζει σημαντικό ρόλο στο αποτέλεσμα της πρόγνωσης. Συγκεκριμένα, α) η θέση εντοπισμού μελανώματος στους βλεννογόνους αδένες προϋποθέτει ιδιαίτερη επιθετικότητα της νόσου, β) σε περίπτωση εμφάνισης μελανώματος στα άκρα (εκτός της άκρας χείρας και του άκρου ποδός), η πρόγνωση θεωρείται καλύτερη σε σχέση με την εμφάνιση μελανώματος στο κεφάλι ή την πλάτη, γ) τα μελανώματα που εμφανίζονται στα άκρα των χεριών και ποδιών θεωρούνται τα πιο επιθετικά όλων και χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης (Κωστάκη και συν, 2013: Garbe et al., 2012: Marsden et al., 2010).

Το επίπεδο διήθησης σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά Clark, το οποίο συνυπολογίζεται μόνο σε περιπτώσεις μελανωμάτων με δείκτη Breslow ≤ 1 mm. Μετράται με βάση το ανατομικό επίπεδο διήθησης του όγκου.

Την αναγνώριση μικρομεταστάσεων στους επιχώριους λεμφαδένες, βασιζόμενη στη βιοψία του λεμφαδένα φρουρού. Η μικρομετάσταση αποτελεί τη μετάσταση που

εντοπίζεται σε ιστολογικό επίπεδο, με ελάχιστη διάμετρο 0.2χιλ και που δεν είναι ανιχνεύσιμη στον κλινικό ή τον απεικονιστικό έλεγχο.

9.ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πιο σημαντική αιτία πρόκλησης καρκίνου του δέρματος, είναι η έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή μελανοκυττάρων (μελανίνη). Η πρόληψη, λοιπόν του καρκίνου του δέρματος, σχετίζεται άμεσα με την προστασία από την έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία. Οι δερματολόγοι, συστήνουν ότι θα πρέπει να αποφεύγεται η έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία, καθώς και η υπαίθρια δραστηριότητα, κυρίως τις ώρες 10 π.μ. έως 4 μ.μ. διότι το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα καταγράφεται η πιο έντονη εκπομπή UVA και UVB ακτινοβολιών. Η σκιά και η συννεφιά κατά εκείνη τη χρονική περίοδο δεν λειτουργούν προστατευτικά γιατί η υπεριώδης ακτινοβολία αντανακλάται και μπορεί να προκληθούν εγκαύματα ακόμα και κάτω από ομπρέλα ή τέντα. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το 80% της UV διαπερνά τα σύννεφα.

Λόγω της συνεχούς αύξησης των περιστατικών καρκίνου του δέρματος, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συστήνει τη χρήση ενδυμάτων ηλιοπροστατευτικού χαρακτήρα. Η ενδυμασία αυτή αποτελείται κυρίως από βαμβακερά και μεταξωτά υφάσματα με πυκνή ύφανση, η οποία δεν επιτρέπει μεγάλο ποσοστό ηλιακής ακτινοβολίας να φτάσει στο δέρμα. Επιπλέον, η χρήση καπέλου με φαρδύ γείσο που να σκιάζει το πρόσωπο και το λαιμό μπορεί να μειώσει περίπου 50% την ακτινοβολία UVR που φθάνει στο πρόσωπο.

Η χρήση γυαλιών ηλίου με την ιδιότητα να απορροφούν την υπεριώδη ακτινοβολία UVA και UVB και να προστατεύουν τα μάτια και το δέρμα γύρω από αυτά επιβάλλεται. Η Ελληνική Εταιρία Οφθαλμολογίας προτείνει τη χρήση γυαλιών ηλίου με φακό εγκεκριμένο από ελέγχους ποιότητας που έχει ως αποτέλεσμα να σταματά το 99% της ηλιακής υπεριώδους ακτινοβολίας.

Σημαντικός παράγοντας που πρέπει να αναφερθεί, είναι η χρήση αντηλιακών προϊόντων και η χρήση καλλυντικών με δείκτη προστασίας όπου αναγράφεται στις συσκευασίες με τα αρχικά (SPF). Τα αντηλιακά προϊόντα έχουν ως στόχο την προστασία του δέρματος από την υπεριώδη ακτινοβολία. Ο δείκτης προστασίας (Sun Protection Factor, SPF) αποτελεί ένα συντελεστή, ο οποίος αυξάνει το χρόνο έκθεσης του ανθρώπου στην ηλιακή ακτινοβολία και κυμαίνεται από 1-100. Η τακτική

εφαρμογή και η ποσότητα του προϊόντος που πρέπει να εφαρμόζεται είναι δύο σημαντικότεροι παράγοντες για τη σωστή προστασία. Γι' αυτό και η σήμανση των αντηλιακών προϊόντων θα πρέπει να επιτρέπει στον καταναλωτή να υπολογίζει τη σωστή ποσότητα του φωτοπροστατευτικού που πρέπει να χρησιμοποιήσει - $2\text{mg}/\text{cm}^2$ για να πετύχει τον αναγραφόμενο δείκτη προστασίας και συνεπώς την καλύτερη δυνατή φωτοπροστασία (Bedane, 2008).

Τέλος, αξίζει να τονισθεί ότι θα πρέπει να γίνεται σε ετήσια βάση προληπτικός έλεγχος δέρματος και σπilών από δερματολόγο, έτσι ώστε να εντοπίζονται σε τακτά χρονικά διαστήματα τυχόν μεταβολές ή αλλοιώσεις του δέρματος που μπορεί να προκύψουν.

10.ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του καρκίνου του δέρματος μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε συντηρητικά, είτε με χειρουργικό τρόπο. Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από διάφορους παράγοντες και καθορίζεται από το στάδιο εξάπλωσης, τον προσδιορισμένο καρκινικό τύπο, το μέγεθος, την ηλικία του ατόμου, καθώς και τη γενική κλινική εικόνα του ασθενούς.

10.1 ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η συντηρητική θεραπεία, αφορά τη διαχείριση του καρκίνου, χωρίς την επεμβατική μέθοδο του χειρουργείου. Μία μέθοδος διαχείρισης μη συντηρητικής θεραπείας, αποτελεί η θεραπεία με ακτίνες, όπου στοχεύει στην πρωτοπαθή εστία και τους τοπικούς λεμφαδένες, ενώ ταυτόχρονα χρησιμοποιείται και ως ριζική ακτινοθεραπεία της υποτροπής ή ανακουφιστική ακτινοθεραπεία των μεταστάσεων. Είναι ευρέως γνωστό, ότι τα κύτταρα του μελανώματος είναι ακτινοάντοχα λόγω της μεγάλης ικανότητάς τους να επιδιορθώνουν τις θανατηφόρες βλάβες που υφίστανται από την ακτινοβολία. Δέσμες ακτινών X χρησιμοποιούνται για να καταστρέψουν ή να αφαιρέσουν στοχευμένα ένα σύνολο καρκινικών κυττάρων για να αφαιρέσει ή να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα. Στην περίπτωση δερματικού καρκίνου, χρησιμοποιούνται όταν το πρόβλημα εντοπίζεται στην εξωτερική στιβάδα του δέρματος. Η υψηλής ενέργειας ακτινοβολία σε πολλές δόσεις καταστρέφει τα καρκινικά κύτταρα και σταματά την ανάπτυξή τους, κυρίως σε σημεία που είναι

δύσκολη η θεραπεία με εγχείρηση (Αβραμίδης, 2016). Η χημειοθεραπεία αποτελεί μια εναλλακτική μέθοδο μη συντηρητικής θεραπείας, η οποία οδηγεί σε υποστροφή των όγκων και μείωση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με αυτόν. Η χημειοθεραπεία συστήνεται για τύπους δερματικών καρκίνων, όπως π.χ. ακτινική κεράτωση. Ορισμένες ουσίες που χρησιμοποιούνται από το πρωτόκολλο αντιμετώπισης και διαχείρισης καρκινικών τύπων είναι: α) dacarbazine (DTIC), β) temozolomide: η οποία παρουσιάζει ανάλογη αποτελεσματικότητα, αλλά μεγαλύτερη διεισδυτικότητα στο κεντρικό νευρικό σύστημα, γ) συνδυασμός κυτταροστατικών παραγόντων ή κυτοκινών (όπως ιντερλευκίνης 2 ή/και ιντερφερόνης-α με DTIC, temozolomide: οι οποίοι αυξάνουν την αποτελεσματικότητα και την ανταπόκριση στη θεραπεία παρά το γεγονός ότι παρουσιάζει μεγάλη τοξικότητα. Για το λόγο αυτό δε συστήνεται. Ανάλογα αποτελέσματα έχει και ο συνδυασμός πολλαπλών χημειοθεραπευτικών παραγόντων. Ωστόσο, σε περίπτωση μεταστατικού μελανώματος, η αποτελεσματικότητά της περιορίζεται αισθητά. Γενικά, η αποτελεσματικότητα της χημειοθεραπείας στο μεταστατικό μελάνωμα είναι περιορισμένη (Κωστάκη, 2013).

10.2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

10.2.1 Χειρουργική Μέθοδος Mohs

Η μικρογραφική χειρουργική MOHS αναπτύχθηκε από τον Δρ. Φρέντερικ Mohs το 1930 και έχει γίνει πλέον αποδεκτή, ως η πιο αποτελεσματική τεχνική για την αφαίρεση του Βασικοκυτταρικού καρκινώματος (BCC) και Ακανθοκυτταρικού καρκινώματος (SCC) δέρματος. Βάση της συγκεκριμένης τεχνικής επιτυγχάνεται η ολοκληρωτική εξαίρεση της νεοπλασίας, εξοικονομώντας ταυτόχρονα υγιή ιστό. Οι έρευνες αναφέρονται σε ποσοστό ίασης 98% ή και υψηλότερο, σημαντικά υψηλότερο από άλλες τεχνικές αφαίρεσης. Η τεχνική Mohs διαφέρει σε σχέση με το σύνολο των τεχνικών ως προς το γεγονός ότι η μικροσκοπική εξέταση όλων των ιστών γίνεται κατά την διάρκεια της επέμβασης και όχι μετά από την χειρουργική επέμβαση. Έτσι εξαλείφεται η πιθανότητα για μελλοντική εξάπλωση του καρκίνου στο δέρμα. Με αυτόν τον τρόπο εξοικονομείται περισσότερος ιστός, ο οποίος είναι πολύ σημαντικός για μια αισθητική και λειτουργική αποκατάσταση του ελλείμματος. Στην τεχνική MOHS, ο ορατός καρκίνος του δέρματος αφαιρείται μαζί με μικρό ποσοστό υγιούς ιστού. Ενώ ο ασθενής είναι σε αναμονή στην κλινική γίνεται μια ειδική επεξεργασία του ιστού. Ακολούθως γίνεται η σταδιακή εξέταση του παρασκευάσματος σε

οριζόντιες τομές επιτρέποντας έτσι την εξέταση του 100% των χειρουργικών ορίων σε τρεις διαστάσεις. Αν τα όρια είναι καθαρά τότε γίνεται σύγκλιση του ελλείμματος. Αν όχι, τότε η διαδικασία επαναλαμβάνεται αφαιρώντας όμως μόνο την περιοχή που περιέχει καρκινικά κύτταρα, μέχρι να επιτευχθεί μία πλήρως αρνητική ιστολογική εξέταση.

10.2.2 Διαθερμοπηξία

Η διαθερμοπηξία αποτελεί μία επεμβατική τεχνική κατά την οποία γίνεται καυτηρίαση με βελόνα, τοπικά σε σημεία της επιφάνειας του δέρματος όπου έχει εντοπιστεί η βλάβη. Στη διαθερμοπηξία χρησιμοποιείται ηλεκτρικό ρεύμα το οποίο μεταφέρεται διαμέσου ενός στυλεού άμεσα στη δερματική βλάβη και την καταστρέφει. Με τη διαθερμοπηξία μπορεί να εξαλειφθούν δερματικές βλάβες όπως μικρά κερασοειδή αιμαγγειώματα, θηλώματα, υπερκερατώσεις, σμηγματογόνες υπερπλασίες και άλλα. Η διαδικασία αυτή μπορεί να επαναληφθεί αρκετές φορές κατά την διάρκεια της ίδιας συνεδρίας ώστε να επιβεβαιωθεί ότι όλα τα καρκινικά κύτταρα έχουν καταστραφεί. Έχει ποσοστά ίασης που φθάνουν αυτά της χειρουργικής αφαίρεσης, αλλά μπορεί να μην είναι τόσο χρήσιμη σε επιθετικά βασικοκυτταρικά καρκινώματα, καρκινώματα που βρίσκονται σε σημείο υψηλής επικινδυνότητας. Η θεραπεία είναι ελάχιστα επεμβατική και προκαλεί μόνο ένα ελαφρύ αίσθημα στιγμιαίου καψίματος στο δέρμα. Συνεπώς, η όλη διαδικασία μπορεί να πραγματοποιηθεί και με τη χρήση τοπικής αναισθητικής κρέμας, οπότε και είναι ανεκτή στον ασθενή. Αντενδείξεις στη χρήση διαθερμοπηξίας αποτελούν η ύπαρξη καρδιακού βηματοδότη ή απινιδωτή (Τσάτσος, 2010). Στα σημεία της θεραπείας σχηματίζεται μια λεπτή μεμβράνη, η οποία υποχωρεί σε διάστημα 10 ημερών. Ο ασθενής εφαρμόζει είτε αντιβιοτική κρέμα είτε αντισηπτικό διάλυμα στο σπίτι για λίγες ημέρες, ενώ η θεραπεία μπορεί να επαναληφθεί σε διάστημα τριών εβδομάδων.

10.2.3 Κρυοχειρουργική Επέμβαση

Σκοπός της θεραπείας του καρκίνου του δέρματος με την κρυοχειρουργική είναι η καταστροφή της βλάβης στην πρώτη συνεδρία. Για να επιτευχθεί αυτό, ο όγκος πρέπει να ψυχθεί σε ικανοποιητικό βαθμό και να συμπεριληφθεί ικανό υγιές όριο ώστε να μη παραμείνουν εστίες καρκινικών κυττάρων. Οι περισσότερες αποτυχίες στην

κρυοχειρουργική θεραπεία του καρκίνου του δέρματος οφείλονται στην κακή τεχνική και όχι στη φύση της βλάβης. Το υγρό άζωτο είναι το πιο κατάλληλο κρυογόνο για σταθερή κυτταρική καταστροφή. Η κρυοχειρουργική προσφέρει ένα ειδικό πλεονέκτημα στη θεραπεία των όγκων που υποτροπίασαν μετά από προηγηθείσα ακτινοθεραπεία. Αντίθετα, οι υποτροπές όγκων από προηγηθείσα χειρουργική αφαίρεση δεν ενδείκνυται για κρυοχειρουργική θεραπεία διότι εμφανίζουν υψηλό ποσοστό υποτροπής. Εκτός των ανωτέρω κλασσικών ενδείξεων, η κρυοχειρουργική εφαρμόζεται και σε άλλες περιπτώσεις καρκίνου του δέρματος όπως το σάρκωμα Karosi, η κακοήθης φακή, σε δευτεροπαθή μεταστατικά κακοήγη μελανώματα του δέρματος και ως παρηγορητική θεραπεία σε προχωρημένους όγκους. Η πιο συνηθισμένη τεχνική που χρησιμοποιείται στη θεραπεία των όγκων αυτών είναι η τεχνική του ανοιχτού ψεκασμού.

Η απόξεση πρέπει να αποφεύγεται διότι προκαλεί εκτεταμένη αιμορραγία. Για όγκους που έχουν μεγάλο μέγεθος η ψύξη γίνεται τμηματικά. Άλλος τρόπος είναι να ψυχθεί ένα τμήμα του όγκου και σε μία ή δύο εβδομάδες να ψυχθεί και το υπόλοιπο τμήμα του. Στις περιπτώσεις αυτές οι χρόνοι ψύξης δεν ακολουθούν το συνηθισμένο κανόνα και συνήθως είναι αρκετά μεγάλοι. Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθούν και κώνοι ανάλογου μεγέθους. Ο ασθενής μετά την κρυοχειρουργική επέμβαση πρέπει να παρακολουθείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Αυτό διασφαλίζει την έγκαιρη ανταπόκριση είτε υποτροπής της νόσου, είτε νέου καρκινώματος, το οποίο πρέπει να αντιμετωπισθεί. Ο ασθενής επανεξετάζεται την πρώτη εβδομάδα μετά την επέμβαση, 1 μήνα μετά, έξι μήνες μετά, 1 έτος, 2 έτη και στη συνέχεια μετά από μία πενταετία. (Παναγιωτόπουλος & Πετρίδης, 2007).

Β' ΜΕΡΟΣ

1.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη του καρκίνου είναι είτε πρωτογενείς είτε δευτερογενείς ανάλογα με το αν μειώνουν τον κίνδυνο της έκθεσης ή ανακαλύπτουν τον καρκίνο σε αρχικό στάδιο όπου η παρέμβαση μπορεί να αλλάξει την πορεία της ασθένειας. Οι αλλαγές στις καθημερινές συνήθειες, όπως η αποφυγή υπερβολικής έκθεσης στον ήλιο και η αποφυγή τεχνητού μαυρίσματος. Οι χημειοπροφυλακτικοί παράγοντες είναι φάρμακα, εμβόλια ή ιχνοστοιχεία που εμποδίζουν την ανάπτυξη του καρκίνου. Έρευνα αναφέρει ότι καθημερινή λήψη ασπιρίνης μπορεί να ελαττώσει την εμφάνιση καρκίνου του Μελανώματος. Τα προγράμματα απεικόνισης του καρκίνου πρέπει να είναι ικανά να διαπιστώσουν με σχετικά μεγάλη ευαισθησία προ καρκινικές καταστάσεις ή καρκίνο σε αρχικά στάδια πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων. Τα προγράμματα πρόληψης πρέπει να είναι μη παρεμβατικά, φθηνά και να έχουν υψηλή ευαισθησία. Η αναγνώριση των ατόμων υψηλού κίνδυνου βοηθάει στη γενετική συμβουλευτική όπως επίσης και στις προσπάθειες πρόληψης του καρκίνου (Tarpey, 2011).

Η πρόληψη είναι πιο πιθανόν να αναδείξει καρκίνους που αυξάνουν αργά λόγω της μεγαλύτερης επικράτησης των ασυμπτωματικών ατόμων με όγκους που αναπτύσσονται αργά έναντι εκείνων με ταχέως αναπτυσσόμενους όγκους. Οι ασθενείς με καρκίνο που διαπιστώθηκε κατά τη διάρκεια προγράμματος πρόληψης μπορεί να φαίνεται ότι έχουν πιο μακρά επιβίωση χάρις στη πρόληψη ενώ στη πραγματικότητα η μακροχρόνια πορεία τους οφείλεται στη συμπεριφορά του όγκου αυτού καθαυτού (Tarpey, 2011).

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν αναπόσπαστο ρόλο στη διάγνωση και τη διαχείριση του καρκίνου του δέρματος. Παραδοσιακά, οι νοσηλευτές υπήρξαν ηγέτες στη δημιουργία εκπαιδευτικών προγραμμάτων με στόχο την πρόληψη του καρκίνου του δέρματος και έχουν παράσχει εκπαίδευση σχετικά με παράγοντες κινδύνου και προληπτικά μέτρα. Για παράδειγμα, οι νοσηλευτές διδάσκουν τους ασθενείς και τις οικογένειες σχετικά με σημαντικά μέτρα ασφαλείας που σχετίζονται με την αποφυγή υπερϊώδους ακτινοβολίας (UVR), προστατευτικά ρούχα UVR, αυτοεξετάσεις δέρματος και χρήση αντηλιακών (Roebuck, 2015).

Οι νοσηλευτές βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στην πρόληψη του καρκίνου του δέρματος. Με την αύξηση της ευαισθητοποίησης σχετικά με τη σημασία της εκτίμησης του δέρματος και τις τεχνικές διαλογής καρκίνου του δέρματος, οι επαγγελματίες νοσηλευτές μπορούν να βελτιώσουν την έγκαιρη ανίχνευση καρκίνου του δέρματος (Roebuck, 2015).

Ακόμα, οι νοσηλευτές συμβάλλουν επίσης στη διασφάλιση της συμμόρφωσης των ασθενών με μηνιαίες αυτοεξετάσεις του δέρματος, καθώς και αξιολογήσεις διαγνωστικού ελέγχου καρκίνου του δέρματος σε μεσοδιαστήματα. Όλο και περισσότερο, οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν έναν πιο άμεσο ρόλο στη πρόληψη του καρκίνου του δέρματος, όπως η αρχική αξιολόγηση δερματικών βλαβών που αφορούν ασθενείς. Από αυτή την άποψη, οι νοσηλευτές πρέπει να αποκτήσουν ένα ακριβές και σχετικό ιστορικό ασθενούς και να είναι με επαρκή αυτοπεποίθηση και ικανότητα διεξαγωγής εξετάσεων δέρματος (Burr, 2015).

Στόχος των νοσηλευτών είναι να αποτρέψουν την ασθένεια πριν ξεκινήσει (πλήρη αποφυγή) και να επιτυγχάνουν μέσω σημαντικών εκστρατειών υγείας και προώθησης της υγείας. Η αγωγή υγείας σε νεαρή ηλικία μπορεί να επηρεάσει τις συμπεριφορές και τις επακόλουθες συμπεριφορές. Οι κύριες ομάδες-στόχοι είναι τα παιδιά, οι έφηβοι και οι γονείς τους. Τα παιδιά θα πρέπει να προστατεύονται ιδιαίτερα από την έκθεση σε έντονο ήλιο, διότι τα σοβαρά ηλιακά εγκαύματα στην παιδική ηλικία αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο μελανώματος στη μετέπειτα ζωή (American Cancer Society, 2000; Guill & Orengo, 2001). Το μήνυμα πρέπει να μεταδίδεται με θετικό τρόπο: οι άνθρωποι δεν πρέπει να στερούνται ελεύθερου χρόνου, αλλά να γνωρίζουν πλήρως τη σχέση μεταξύ υπερβολικής έκθεσης στον ήλιο και καρκίνου του δέρματος. Η έμφαση πρέπει να δοθεί στην πρόληψη της ηλιακής βλάβης από την παιδική ηλικία (Schober-Flores, 2001).

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι νοσηλευτές βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στην πρόληψη του καρκίνου του δέρματος. Με την αύξηση της ευαισθητοποίησης σχετικά με τη σημασία της εκτίμησης του δέρματος και τις τεχνικές διαλογής καρκίνου του δέρματος, οι επαγγελματίες νοσηλευτές μπορούν να βελτιώσουν την έγκαιρη ανίχνευση καρκίνου του δέρματος (Roebuck, 2015). Οι νοσηλευτές μπορούν να βελτιώσουν τη χρήση εργαλείων διαλογής καρκίνου του

δέρματος για να αυξήσουν τον ρόλο τους στην έγκαιρη ανίχνευση καρκίνων του δέρματος (Phelan, 2008).

Οι νοσηλευτές συμβάλλουν επίσης στη διασφάλιση της συμμόρφωσης των ασθενών με μηνιαίες αυτοεξετάσεις του δέρματος, καθώς και αξιολογήσεις διαγνωστικού ελέγχου καρκίνου του δέρματος σε μεσοδιαστήματα. Όλο και περισσότερο, οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν έναν πιο άμεσο ρόλο στη διάγνωση του καρκίνου του δέρματος, όπως η αρχική αξιολόγηση δερματικών βλαβών που αφορούν ασθενείς. Από αυτή την άποψη, οι νοσηλευτές πρέπει να αποκτήσουν ένα ακριβές και σχετικό ιστορικό ασθενούς και να είναι με επαρκή αυτοπεποίθηση και ικανότητα διεξαγωγής εξετάσεων δέρματος (Burr, 2015). Αν και ο ABCDE μνημονικός κανόνας είναι χρήσιμο στην αναγνώριση για κάποια μελανώματα, ένα σημαντικό υποσύνολο των διαγνωστικών κριτηρίων μελανωμάτων και διαφυγή έγκαιρης ανίχνευσης. Ωστόσο, η δερματοσκόπηση έχει βελτιώσει σημαντικά την υγειονομική περίθαλψη και στην ικανότητα των παρόχων να αναγνωρίζουν τον καρκίνο του δέρματος (Phelan, 2008).

Άτομα με αμφισβητήσιμες δερματικές βλάβες μπορεί να ωφεληθούν σημαντικά από τη δερματοσκόπηση όπως εφαρμόζεται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες νοσηλευτές, αν και λίγες μελέτες έχουν διερευνήσει τη χρήση της δερματοσκόπησης από τη νοσηλευτική κοινότητα. Οι Oliveria et al., διαπίστωσαν ότι οι επαγγελματίες νοσηλευτές που έχουν εκπαιδευτεί στη δερματοσκόπηση για τον έλεγχο του καρκίνου του δέρματος μπορούν να προκαλέσουν με ακρίβεια ύποπτες βλάβες και να κάνουν λιγότερες περιττές παραπομπές ειδικότητας. Οι Roebuck et al., ανέφεραν μια έλλειψη δερματολογικής εκπαίδευσης σε φοιτητές ιατρικής και νοσηλευτικής στο βασικό πρόγραμμα σπουδών των επαγγελματιών και υπάρχει ανάγκη βελτίωση αξιολόγησης και χρήσης εργαλείων διαλογής στην πρόληψη του καρκίνου του δέρματος. Οι ασκούμενοι νοσηλευτές επιτυγχάνουν να εφαρμόσουν αποδεικτικά στοιχεία στη βασισμένη φροντίδα όταν προετοιμάζεται επαρκώς (Roebuck et al., 2015).

Δεδομένης της ευνοϊκής επίδρασης της δερματοσκόπησης στην έγκαιρη ανίχνευση καρκίνου του δέρματος, υπάρχει ένα σημαντικό κενό όσον αφορά τη διδασκαλία και διάδοση της δερματοσκόπησης στη νοσηλευτική κοινότητα. Προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα της εκπαίδευσης για τον καρκίνο του δέρματος στα προγράμματα σπουδών νοσηλευτικής, οι νοσηλευτές πρέπει να λαμβάνουν αυξημένη έκθεση και εκπαίδευση στη δερματοσκόπηση. Η εκπαιδευμένη δερματοσκόπηση των νοσηλευτών μπορούν να βοηθήσουν στην έγκαιρη αναγνώριση των καρκίνων του δέρματος και διαδραματίζουν

ζωτικό ρόλο στη βελτίωση της θνησιμότητας από καρκίνο του δέρματος στην έγκαιρη διάγνωση και κατάλληλη παραπομπή (Christos et al., 2014).

Το πάχος (ή το βάθος) των δερματικών μελανωμάτων έντονα σχετίζεται με τη συνολική επιβίωση. Οι Friedman et al., δημοσίευσαν το μνημονικό κανόνα ABCD (A = ασυμμετρία, B = παρατυπία περιγράμματος, C = διαφοροποίηση χρώματος, D = διάμετρος $\geq 6\text{mm}$) το 1985 ως κλινική βοήθεια για την ενίσχυση της πρώιμης ανίχνευσης μελανώματος. Αυτός ο κανόνας τροποποιήθηκε το 1998 με την προσθήκη του γράμματος E = εξέλιξη (νέο ή μεταβαλλόμενο σπίλο). Ο μνημονικός κανόνας ABCDE έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως από το κοινό και την υγεία τις τελευταίες τρεις δεκαετίες. Ο μνημονικός κανόνας ABCDE έχει μέτρια έως υψηλή ακρίβεια στη διάγνωση μελανώματος όταν χρησιμοποιείται από δερματολόγους (Κακάρα, 2020).

Πολλοί νέοι μοιράζονται μορφολογικά χαρακτηριστικά όπως το μελάνωμα, εξηγώντας γιατί αφαιρούνται σχεδόν 30 καλοήθεις βλάβες για κάθε ανίχνευση μελανώματος. Επιπλέον, μερικά μελανώματα μπορούν να αναγνωριστούν εύκολα αλλά δεν συμμορφώνεται με τα ABCDE κριτήρια. Το 1998, οι Grob και Bonerandi παρουσίασαν για πρώτη φορά την έννοια του «άσχημου παπιού», που προήλθε από την παρατήρηση ότι τείνουν οι σπίλοι από ένα άτομο να μοιάζουν μεταξύ τους στη μορφολογία. Τα παραπάνω σημάδια σε κάθε δεδομένο άτομο θα ήταν επομένως μια βλάβη που διαφέρει από τους άλλους σπίλους τους και μπορεί να είναι ενδεικτικό μελανώματος. Περαιτέρω μελέτες έχουν επικυρώσει αυτές τις παρατηρήσεις και έχουν διαπιστώσει ότι οι δερματολόγοι βασίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό στη διαφορική αναγνώριση (δηλ., «άσχημο παπάκι») από μια αναλυτική προσέγγιση (δηλαδή κριτήρια ABCDE) στη διάγνωση μελανώματος. Επιπλέον, το 2008, οι Gachon et al., διαπίστωσαν την ευαισθησία που έχει το «άσχημο παπάκι» για την ανίχνευση μελανώματος που είναι 90%-100% για ειδικούς, 89% για γενικούς δερματολόγους, 88% για νοσηλευτές και 85% για μη κλινικούς (Scope et al., 2007). Επιπλέον, 100% μελανωμάτων και μόνο 3 από 140 καλοήθεις βλάβες (2,1%) ήταν εμφανείς με τα σημάδια «άσχημου παπιού» (Goodson et al., 2010).

Βλάβες που δεν έχουν ξεκάθαρα χαρακτηριστικά από αυτές τις διαγνώσεις στη συνέχεια αξιολογούνται για (α) ασυμμετρία στην κατανομή των χρωμάτων ή των δομών τους ή (β) για την παρουσία ενός μοτίβου αστεριών. Εάν υπάρχει κάποια βλάβη πρέπει να υποβληθεί σε βιοψία. Οι αλλοιώσεις χωρίς αυτά τα χαρακτηριστικά στη συνέχεια αξιολογούνται για μπλε-μαύρο ή γκρι χρώματα, λευκές δομές, αρνητικό δίκτυο, έλκη/διαβρώσεις ή αγγειακές δομές. Εάν υπάρχει κάποιο από αυτά τα

χαρακτηριστικά αναγνωρίζονται και η βλάβη πρέπει να υποβληθεί σε βιοψία (Goodson et al., 2010).

Η αναγνώριση του πρώιμου καρκίνου του δέρματος παραμένει σημαντική για την ελαχιστοποίηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας των ασθενών. Οι νοσηλευτές υποθέτουν ότι ολοένα και πιο σημαντικός είναι ο ρόλος τους στη διάγνωση του καρκίνου του δέρματος. Εκτός από την παροχή εκπαίδευσης για πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη του καρκίνου του δέρματος, οι νοσηλευτές μπορούν να εκτελέσουν συνολικό έλεγχο εξετάσεις του δέρματος του σώματος καθώς και η εμφάνιση συμπτωμάτων και σχετικά με δερματικές βλάβες. Προκειμένου να παρέχουν την καλύτερη φροντίδα των ασθενών, οι νοσηλευτές πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με τα διαγνωστικά βοηθήματα. Κατά τη διάρκεια της κλινικής εξέτασης, το «άσχημο παπάκι» μπορεί να συμπληρώσει τη χρήση του μνημονικού κανόνα ABCDE (Goodson et al., 2010).

Επιπλέον, ο αλγόριθμος TADA είναι ένα απλό εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τους νοσηλευτές για βελτίωση της εκτίμησης τους για δερματικές βλάβες. Η ικανότητα να εντοπίζεται με ακρίβεια ο καρκίνος του δέρματος απαιτεί ευαισθητοποίηση για το μνημονικό ABCDE, τη σημασία της ανίχνευσης για εξωτερικές βλάβες και τη χρήση δερματοσκόπησης. Οι νοσηλευτές μπορούν κυρίως να συμβάλουν στην έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του δέρματος προκαλώντας βλάβες. Είναι ζωτικής σημασίας να συγκεντρωθούν στο συναφή ιστορικό καρκίνου του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένου του προηγούμενου ιστορικού του καρκίνου δέρματος, συμπεριλαμβανομένων ανατομικών θέσεων, τρόπου θεραπείας και ημερομηνίες. Η ερώτηση περιλαμβάνει επίσης παράγοντες κινδύνου για το δέρμα του ασθενούς, ιστορικό έκθεσης σε υπεριώδη ακτινοβολία, συμμόρφωση με αυτοεξετάσεις του δέρματος, φάρμακα και ημερομηνία της τελευταίας δερματικής εξέτασης με έναν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης. Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με τη χρήση δερματοσκόπησης προκειμένου να μεγιστοποιήσουν τη διαγνωστική ευαισθησία και ειδικότητά τους για καρκίνο του δέρματος, ιδιαίτερα για μελάνωμα. Η νοσηλευτική εκπαίδευση και εκπαίδευση που στοχεύει σε αξιολογήσεις διαλογής καρκίνου του δέρματος και η χρήση εργαλείων είναι το κλειδί για τη βελτίωση των δεξιοτήτων που απαιτούνται για την ακριβή αξιολόγηση των ασθενών. Η πολλαπλή προσέγγιση μπορεί να βοηθήσει τους νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της βλάβης του δέρματος (Goodson et al., 2010).

3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο νοσηλευτής μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη διεξαγωγή της θεραπείας και συνήθως σε συνεργασία με το χειρουργό αφαιρεί την καρκινική ανάπτυξη και περιλαμβάνει κάποιο φυσιολογικό ιστό που τον περιβάλλει. Αυτό μειώνει την πιθανότητα τα καρκινικά κύτταρα να μείνουν πίσω μετά τη χειρουργική επέμβαση (Σαπουντζή, 2004).

Η χειρουργική μέθοδος εξαρτάται από τον τύπο του καρκίνου, το μέγεθος και τη θέση του. Μερικοί από τους τύπους χειρουργικής επέμβασης περιλαμβάνουν έκτακτη χειρουργική επιδερμίδα, χειρουργική επέμβαση moη, κρυοχειρουργική κ.λπ. Η έκτακτη χειρουργική επέμβαση του δέρματος είναι μια κοινή θεραπεία για την απομάκρυνση κάθε είδους καρκίνου του δέρματος. Τοπική αναισθησία χρησιμοποιείται για να μουδιάσει την περιοχή πριν από τη λειτουργία. Ο όγκος στη συνέχεια αφαιρείται με ένα νυστέρι. Το περιθώριο του δέρματος αφαιρείται επίσης και εξετάζεται κάτω από το μικροσκόπιο για εξάπλωση του καρκίνου. Οι προσβεβλημένοι λεμφαδένες γύρω από τον καρκίνο αφαιρούνται επίσης για την ανίχνευση της εξάπλωσης του καρκίνου (Σαπουντζή, 2004).

Σε ότι αφορά στην στήριξη και καθοδήγηση κατά τη θεραπεία του καρκίνου του δέρματος με χημειοθεραπεία, η νοσηλευτική φροντίδα επιτυγχάνεται με τη χορήγηση φαρμάκων πριν και μετά τη θεραπεία με ιατρική εντολή, με την αναπλήρωση των υγρών και ηλεκτρολυτών για την πρόληψη αφυδάτωσης, με τη ρύθμιση της διατροφής του ασθενούς για εξασφάλιση της θρέψης με μικρά και συχνά γεύματα και ανάπαυση τουλάχιστον 2 ώρες μετά από κάθε γεύμα. Διατηρεί το περιβάλλον του ασθενούς καθαρό και φροντίζει για τη στοματική υγεία του (Σαπουντζή, 2004). Το πρόβλημα της διάρροιας από την τοξική επίδραση της χημειοθεραπείας αντιμετωπίζεται από το νοσηλευτή με τη χορήγηση υδρικής δίαιτας σε οξείες καταστάσεις για την αποφυγή αυξημένης εντερικής δραστηριότητας ή αντιδιαρροικών φαρμάκων με ιατρική οδηγία. Φροντίζει για την αποκατάσταση των απολεσθέντων υγρών και την παροχή τροφής και υγρών σε θερμοκρασία μέτρια διότι τα πολύ ζεστά και τα κρύα προκαλούν ερεθισμό του εντέρου. Επίσης, φροντίζει για την τοπική καθαριότητα για την πρόληψη ερεθισμού από τις κενώσεις. Μπορεί η χημειοθεραπεία να προκαλέσει δυσκοιλιότητα και ο νοσηλευτής διευθετεί για την αποφυγή υποκλυσμών για την πρόληψη αιμορραγίας διότι υπάρχει αιμορραγική τάση. Ενθαρρύνει τον ασθενή να κινείται όσο το δυνατόν περισσότερο για την κινητοποίηση του εντέρου, παρέχει υπακτικά

σύμφωνα με ιατρική οδηγία και παρακολουθεί για πιθανή μέλαινα κένωση (Σαπουντζή, 2004).

Η αλωπεκία αποτελεί ακόμα μια παρενέργεια από τη χημειοθεραπεία λόγω της τοξικής επίδρασης των φαρμάκων στους θύλακες των τριχών. Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να προετοιμάσει ψυχολογικά τον ασθενή για την αντιμετώπιση της αλωπεκίας και να τον επιβεβαιώσει ότι το τριχωτό της κεφαλής θα αυξηθεί μετά την θεραπεία με πιθανή μικρή αλλαγή χρώματος αλλά καλύτερης ποιότητας. Κατά την περίοδο της θεραπείας ο νοσηλευτής προτείνει τη χρήση μαντηλιού, περούκας ή και καπέλου. Κάνει συστάσεις στον ασθενή για χρήση απαλού πρωτεϊνούχου σαμπουάν κατά τη διάρκεια της θεραπείας, και αποφυγή βαφής των μαλλιών, χρήση στεγνωτήρα ή βούρτσισμα με σκληρή τρίχα (Σαπουντζή, 2004). Ενημερώνει τον ασθενή για την πιθανότητα εμφάνισης υπέρχρωσης και αλλεργικών εκδηλώσεων του δέρματος, καθώς και φωτοφοβίας από την τοξική επίδραση των φαρμάκων στο δέρμα και στα μάτια, και ότι αυτές οι αντιδράσεις είναι παροδικές. Συστήνει τη χρήση ουδέτερου pH σαπουνιού και κρέμας σε ξηρότητα, καθώς και αποφυγή έκθεσης στον ήλιο και μαύρα γυαλιά για την φωτοφοβία (Σαπουντζή, 2004).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία, η οποία βασίζεται στη χορήγηση ψηλών δόσεων ενέργειας σε συγκεκριμένες περιοχές του σώματος με στόχο την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, προκύπτουν παρενέργειες που πρέπει να αντιμετωπιστούν από το νοσηλευτή (Σαχίνη, 2007). Η επίδραση της ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει ακτινοδερματίτιδα η οποία μπορεί να είναι διαφορετικού βαθμού από ερυθρηματώδης έως φουσαλιδώδης. Η νοσηλευτική αντιμετώπιση γίνεται με συχνό έλεγχο της περιοχής που ακτινοβολείται για ερυθρότητα, ξηρότητα ή και απολέπιση, με εφαρμογή κρέμας με ιατρική εντολή και με φροντίδα του δέρματος με χλιαρό νερό και ελαφρό σκούπισμα. Συστήνει στον ασθενή να αποφεύγει την έκθεση στον ήλιο, την ψηλή θερμοκρασία ή το ψύχος, τυχόν τραυματισμούς, στενά ενδύματα, αποσμητικά και καλλυντικά, φάρμακα και ξύρισμα της περιοχής, λόγω ερεθισμού για μολύνσεις. Προτείνει πλούσιο διαιτολόγιο σε λευκώματα και βιταμίνες και τακτικό αιματολογικό έλεγχο. Συστήνει προσοχή ώστε να μην αφαιρεθεί το σημάδι από το σημείο ακτινοβολήσης της περιοχής (Σαχίνη, 2007).

Ο νοσηλευτής πρέπει να εξασφαλίσει τη συνεργασία του ασθενή, να τον προετοιμάσει ψυχολογικά για τη διαδικασία, και για την απομόνωση που θα χρειαστεί να υποστεί σε ειδικό θάλαμο και να προτείνει κρέμες για τις ερεθισμένες περιοχές. Πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει τον φυσικό πόνο που μπορεί να

αισθάνεται, είτε με αλλαγή θέσης ή χορήγηση αναλγητικών με ιατρική εντολή. Ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνει για το πρόγραμμα νοσηλείας και να παρέχει προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα στον ασθενή (Σαχίνη, 2007).

4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

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

Γ' ΜΕΡΟΣ

EPEYNA (NEA ΔΕΔΟΜΕΝΑ)

Abstract 1

Factors affecting knowledge levels of oncology nurses about skin cancer and sun protection.

Objective: This is a descriptive, cross-sectional and observational study that determines the factors affecting the knowledge levels of oncology nurses for skin cancer and sun protection.

Materials & Methods: This study was performed on the members of the Turkish Oncology Nursing Association and oncology nurses working in hospitals in Turkey between November 2019 and March 2020. Data were collected by using the Nurse Information Form and Skin Cancer and Sun Knowledge (SCSK) scale. For data analysis, average and percentage calculations and multiple linear regression analyses were used. The significance level was set at $p < .05$.

Results: We found those female nurses who were above 40 years of age and having darker skin tone due to excessive sun exposure, with a family history of skin cancer, and educated on skin cancer, performed better on the SCSK scale. We found a statistically significant difference between the mean scores of skin cancer and sun exposure. Using multiple regression analysis, a model was created based on the relationship between variables. In this model, the personality traits of oncology nurses are responsible for higher (91.1%) knowledge levels on skin cancer and sun exposure.

Conclusion: In conclusion, it is important to consider factors that will influence an individual's behaviour while developing skin cancer and sun protection programmes (Kudubes et al., 2020).

Περίληψη

Σκοπός: Πρόκειται για μια περιγραφική, συγχρονική και παρατηρητική μελέτη που προσδιορίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα γνώσης των ογκολογικών νοσηλευτών για τον καρκίνο του δέρματος και την αντηλιακή προστασία.

Υλικά & Μέθοδοι: Αυτή η μελέτη διεξήχθη σε μέλη της Τουρκικής Ογκολογικής Νοσηλευτικής Ένωσης και σε ογκολογικές νοσηλεύτριες που εργάζονταν σε

νοσοκομεία της Τουρκίας μεταξύ Νοεμβρίου 2019 και Μαρτίου 2020. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας τη φόρμα πληροφοριών νοσηλευτή και την κλίμακα Γνώσης για τον καρκίνο του δέρματος και τον ήλιο (SCSK). Για την ανάλυση δεδομένων, χρησιμοποιήθηκαν υπολογισμοί μέσου όρου και ποσοστού και αναλύσεις πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0,05$.

Αποτελέσματα: Βρήκαμε όσες γυναίκες νοσηλεύτριες ήταν άνω των 40 ετών και είχαν πιο σκούρο δέρμα λόγω υπερβολικής έκθεσης στον ήλιο, με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του δέρματος και μορφωμένες στον καρκίνο του δέρματος, είχαν καλύτερες επιδόσεις στην κλίμακα SCSK. Βρήκαμε μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της μέσης βαθμολογίας του καρκίνου του δέρματος και της έκθεσης στον ήλιο. Χρησιμοποιώντας ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης, δημιουργήθηκε ένα μοντέλο με βάση τη σχέση μεταξύ των μεταβλητών. Σε αυτό το μοντέλο, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ογκολογικών νοσηλευτών είναι υπεύθυνα για υψηλότερα (91,1%) επίπεδα γνώσης σχετικά με τον καρκίνο του δέρματος και την έκθεση στον ήλιο.

Συμπέρασμα: Συμπερασματικά, είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη παράγοντες που θα επηρεάσουν τη συμπεριφορά ενός ατόμου κατά την ανάπτυξη προγραμμάτων για καρκίνο του δέρματος και αντηλιακή προστασία.

Abstract 2

A state of the science on influential factors related to sun protective behaviors to prevent skin cancer in adults.

Skin cancer rates have risen over the past decades, making it imperative that adults understand the need for protection from sun exposure. Though some risk factors have been identified as predictive for skin cancers, there is a lack of synthesized information about factors that influence adults in their decisions to engage in sun protective behaviors. The purpose of this paper is to present the current state of the science on influential factors for sun protective behaviors in the general adult population. A rigorous literature search inclusive of a generally White, Caucasian, and non-Hispanic adult population was performed, and screening yielded 18 quantitative studies for inclusion in this review. Findings indicate that modifiable and non-modifiable factors are interdependent and play a role in sun protective behaviors. This study resulted in a

proposed conceptual model for affecting behavioral change in sun protection including the following factors: personal characteristics, cognitive factors, family dynamics, and social/peer group influences. These factors are introduced to propose tailored nursing interventions that would change current sun protective behavior practice. Key implications for nursing research and practice focus on feasibility of annual skin cancer screening facilitated by advanced practice nurses, incorporating the identified influential factors to reduce skin cancer risk and unnecessary sun exposure (Bruce et al., 2017).

Περίληψη

Τα ποσοστά καρκίνου του δέρματος έχουν αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες, καθιστώντας επιτακτική ανάγκη οι ενήλικες να κατανοήσουν την ανάγκη προστασίας από την έκθεση στον ήλιο. Αν και ορισμένοι παράγοντες κινδύνου έχουν αναγνωριστεί ως προγνωστικοί για καρκίνους του δέρματος, υπάρχει έλλειψη συνθετικών πληροφοριών σχετικά με παράγοντες που επηρεάζουν τους ενήλικες στις αποφάσεις τους να συμμετάσχουν σε συμπεριφορές προστασίας από τον ήλιο. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να παρουσιάσει την τρέχουσα κατάσταση της επιστήμης σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τις αντιηλιακές συμπεριφορές στον γενικό ενήλικο πληθυσμό. Πραγματοποιήθηκε μια αυστηρή βιβλιογραφική αναζήτηση που περιελάμβανε έναν πληθυσμό ενηλίκων γενικά Λευκών, Καυκάσιων και μη Ισπανών και ο έλεγχος έδωσε 18 ποσοτικές μελέτες για συμπερίληψη σε αυτήν την ανασκόπηση. Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι τροποποιήσιμοι και οι μη τροποποιήσιμοι παράγοντες αλληλοεξαρτώνται και παίζουν ρόλο στις συμπεριφορές προστασίας από τον ήλιο. Αυτή η μελέτη κατέληξε σε ένα προτεινόμενο εννοιολογικό μοντέλο για την επίδραση της αλλαγής συμπεριφοράς στην αντιηλιακή προστασία, συμπεριλαμβανομένων των ακόλουθων παραγόντων: προσωπικά χαρακτηριστικά, γνωστικοί παράγοντες, δυναμική της οικογένειας και επιρροές κοινωνικής/ομαδικής ομάδας. Αυτοί οι παράγοντες εισάγονται για να προτείνουν προσαρμοσμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις που θα άλλαζαν την τρέχουσα πρακτική αντιηλιακής συμπεριφοράς. Οι βασικές συνέπειες για τη νοσηλευτική έρευνα και πρακτική επικεντρώνονται στη σκοπιμότητα του ετήσιου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του δέρματος που διευκολύνεται από νοσηλεύτριες, ενσωματώνοντας τους αναγνωρισμένους παράγοντες

επιρροής για τη μείωση του κινδύνου καρκίνου του δέρματος και την περιττή έκθεση στον ήλιο.

Abstract 3

Effects of an education intervention on nursing students' knowledge and attitudes regarding skin self-examination and skin cancer risks.

Background: The incidence of skin cancers is increasing in Turkey as well as worldwide. Nurses have a potentially influential role to play in educating the public about skin cancer prevention.

Purpose: The purpose of this study was to teach nursing students the risks of skin cancer and the steps involved in conducting related skin self-examinations to encourage positive attitudes toward skin cancer protection and early detection.

Methods: This research used a quasi-experimental, single-group, pretest–posttest design. The study population was composed of all the nursing students who were currently enrolled in a university in Muğla, a city in southern Turkey ($n = 900$). The study analysis included the 332 nursing students who had completed both the pretest and posttest assessments. An intervention to raise awareness about skin cancer risks and skin self-examination was carried out using educational materials that included posters/pictures, brochures, a PowerPoint slideshow, and a video. The posttest assessment was done 6 weeks after the pretest.

Results: The participants were 18–23 years old, and 67.5% were female. Furthermore, 3.6% had undergone a routine (external) screening for skin cancer, and 14.5% believed that they were at risk for skin cancer. The mean score for knowledge of skin cancer risks for those participants who had completed the program was 5.75 ± 1.20 in the pretest and 6.84 ± 1.17 in the posttest (minimum: 0, maximum: 8). The mean posttest score was higher than the pretest score in this group, $F(1, 329) = 6.49$, $p = .011$, and a significant difference was found between the mean pretest and posttest score for knowledge of the ABCDE rule ($p < .05$).

Conclusions: Educating nursing students about skin self-examination increased their level of knowledge about both skin cancer risks and the ABCDE rule. We believe that this and similar educational programs are an effective way to increase the knowledge and awareness of nurses regarding skin cancer and to improve their attitudes toward performing skin self-examination (Erkin & Aygün, 2020).

Περίληψη

Ιστορικό: Η συχνότητα των καρκίνων του δέρματος αυξάνεται τόσο στην Τουρκία όσο και παγκοσμίως. Οι νοσηλευτές έχουν δυνητικά σημαντικό ρόλο να διαδραματίσουν στην εκπαίδευση του κοινού σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του δέρματος.

Σκοπός: Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να διδάξει στους φοιτητές νοσηλευτικής τους κινδύνους του καρκίνου του δέρματος και τα βήματα που εμπλέκονται στη διεξαγωγή σχετικών δερματικών αυτοεξετάσεων για την ενθάρρυνση της θετικής στάσης για την προστασία του καρκίνου του δέρματος και την έγκαιρη ανίχνευση.

Μέθοδοι: Αυτή η έρευνα χρησιμοποίησε έναν σχεδόν πειραματικό σχεδιασμό μιας ομάδας, προ-δοκιμαστικής-μεταδοκιμής. Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελούνταν από όλους τους φοιτητές νοσηλευτικής που ήταν επί του παρόντος εγγεγραμμένοι σε πανεπιστήμιο στη Muğla, μια πόλη στη νότια Τουρκία ($n = 900$). Η ανάλυση της μελέτης περιελάμβανε τους 332 φοιτητές νοσηλευτικής που είχαν ολοκληρώσει τόσο την προκαταρκτική όσο και τη μεταδοκιμαστική αξιολόγηση. Μια παρέμβαση για την ευαισθητοποίηση σχετικά με τους κινδύνους καρκίνου του δέρματος και την αυτοεξέταση του δέρματος πραγματοποιήθηκε με τη χρήση εκπαιδευτικού υλικού που περιελάμβανε αφίσες/εικόνες, μπροσούρες, μια παρουσίαση PowerPoint και ένα βίντεο. Η αξιολόγηση μετά τη δοκιμή έγινε 6 εβδομάδες μετά την προκαταρκτική δοκιμή.

Αποτελέσματα: Οι συμμετέχοντες ήταν 18-23 ετών και το 67,5% ήταν γυναίκες. Επιπλέον, το 3,6% είχε υποβληθεί σε συνήθη (εξωτερικό) έλεγχο για καρκίνο του δέρματος και το 14,5% πίστευε ότι διέτρεχε κίνδυνο για καρκίνο του δέρματος. Η μέση βαθμολογία για τη γνώση των κινδύνων καρκίνου του δέρματος για εκείνους τους συμμετέχοντες που είχαν ολοκληρώσει το πρόγραμμα ήταν $5,75 \pm 1,20$ στην προκαταρκτική δοκιμή και $6,84 \pm 1,17$ στη μεταδοκιμασία (ελάχιστο: 0, μέγιστο: 8). Η μέση βαθμολογία μετά τη δοκιμή ήταν υψηλότερη από τη βαθμολογία της προδοκιμασίας σε αυτήν την ομάδα, $F(1, 329) = 6,49$, $p = 0,011$, και βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ της μέσης βαθμολογίας προ-δοκιμής και μεταδοκιμασίας για τη γνώση του κανόνα ABCDE ($p < .05$).

Συμπεράσματα: Η εκπαίδευση των φοιτητών νοσηλευτικής σχετικά με την αυτοεξέταση του δέρματος αύξησε το επίπεδο γνώσεων τους τόσο για τους κινδύνους καρκίνου του δέρματος όσο και για τον κανόνα ABCDE. Πιστεύουμε ότι αυτό και παρόμοια εκπαιδευτικά προγράμματα είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος για την αύξηση της γνώσης και της ευαισθητοποίησης των νοσηλευτών σχετικά με τον καρκίνο

του δέρματος και για τη βελτίωση της στάσης τους ως προς την αυτοεξέταση του δέρματος.

Abstract 4

An online intervention to enhance nurse practitioners' skin cancer knowledge, attitudes, and counseling behaviors: a pilot study.

The purpose of this pilot study was to determine whether a brief educational video administered online improved nurse practitioners' knowledge, attitudes, and behaviors regarding skin cancer and skin cancer prevention counseling. Participants completed an online test assessing knowledge, attitudes, and behaviors, before and after viewing an online video. Thirty Arizona nurse practitioners completed the pilot study. There were statistically significant increases from the pretest to the posttest for all main variables. This pilot study found that the online intervention was highly effective for improving nurse practitioners' knowledge, attitudes, and behaviors regarding skin cancer and skin cancer prevention counseling (Goodman et al., 2018).

Περίληψη

Ο σκοπός αυτής της πιλοτικής μελέτης ήταν να προσδιορίσει εάν ένα σύντομο εκπαιδευτικό βίντεο που χορηγήθηκε στο διαδίκτυο βελτίωσε τις γνώσεις, τις στάσεις και τις συμπεριφορές των νοσηλευτών σχετικά με τον καρκίνο του δέρματος και την παροχή συμβουλών για την πρόληψη του καρκίνου του δέρματος. Οι συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν ένα διαδικτυακό τεστ που αξιολογούσε τις γνώσεις, τις στάσεις και τις συμπεριφορές, πριν και μετά την προβολή ενός διαδικτυακού βίντεο. Τριάντα νοσηλευτές από την Αριζόνα ολοκλήρωσαν την πιλοτική μελέτη. Υπήρξαν στατιστικά σημαντικές αυξήσεις από την προ-δοκιμή έως τη μετα-δοκιμή για όλες τις κύριες μεταβλητές. Αυτή η πιλοτική μελέτη διαπίστωσε ότι η διαδικτυακή παρέμβαση ήταν εξαιρετικά αποτελεσματική για τη βελτίωση των γνώσεων, των στάσεων και των συμπεριφορών των επαγγελματιών νοσηλευτών σχετικά με τον καρκίνο του δέρματος και την παροχή συμβουλών για την πρόληψη του καρκίνου του δέρματος.

Abstract 5

Cancer patients and oncology nursing: Perspectives of oncology nurses in Turkey.

Background and Aim: Burnout and exhaustion is a frequent problem in oncology nursing. The aim of this study is to evaluate the aspects of oncology nurses about their profession in order to enhance the standards of oncology nursing.

Materials and Methods: This survey was conducted with 70 oncology nurses working at Hacettepe University Oncology Hospital. Data were collected between January–April 2012. Each participant provided a study form comprising questions about sociodemographic information; about difficulties, positive aspects and required skills for oncology nursing; and questions evaluating level of participation and clinical perception of oncology nursing. Results: Mean age of nurses was 29.9 ± 5.7 years. More than half of the participants were married (51.4%) and 30% had at least one child. Percent of nurses working in oncology for their entire work life was 75.8%. Most frequently expressed difficulties were exhaustion (58.6%), coping with the psychological problems of the patients (25.7%), and frequent deaths (24.3%); positive aspects were satisfaction (37.1%), changing the perceptions about life (30%), and empathy (14.3%); and required skills were patience (60%), empathy (57.1%), and experience (50%). For difficulties of oncology nursing, 28.3% of difficulties could be attributed to job-related factors, 30.3% to patient-related factors, and 77% of difficulties to individual factors. The independent predictors of participation level of the nurses were self-thoughts of skills and positive aspects of oncology nursing.

Conclusion: According to the findings of this study, nurses declared that working with cancer patients increase burnout, they are insufficient in managing work stress and giving psychological care to patients, but their job satisfaction, clinical skills and awareness regarding priorities of life has increased (Kamisli et al., 2017).

Περίληψη

Ιστορικό και Σκοπός: Η εξουθένωση και η εξάντληση είναι ένα συχνό πρόβλημα στην ογκολογική νοσηλευτική. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να αξιολογήσει τις πτυχές των ογκολογικών νοσηλευτών σχετικά με το επάγγελμά τους προκειμένου να βελτιώσει τα πρότυπα της ογκολογικής νοσηλευτικής.

Υλικά και Μέθοδοι: Αυτή η έρευνα διεξήχθη με 70 ογκολογικές νοσηλεύτριες που εργάζονται στο Πανεπιστημιακό Ογκολογικό Νοσοκομείο Hacettepe. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μεταξύ Ιανουαρίου-Απριλίου 2012. Κάθε συμμετέχων παρείχε ένα έντυπο μελέτης που περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με κοινωνικοδημογραφικές πληροφορίες, σχετικά με τις δυσκολίες, τις θετικές πτυχές και τις απαιτούμενες δεξιότητες για την ογκολογική νοσηλευτική και ερωτήσεις αξιολόγησης του επιπέδου συμμετοχής και της κλινικής αντίληψης της ογκολογικής νοσηλευτικής. **Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των νοσηλευτών ήταν $29,9 \pm 5,7$ έτη. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες ήταν παντρεμένοι (51,4%) και το 30% είχε τουλάχιστον ένα παιδί. Το ποσοστό των νοσηλευτών που εργάζονταν στην ογκολογία για όλη την επαγγελματική τους ζωή ήταν 75,8%. Οι πιο συχνά εκφραζόμενες δυσκολίες ήταν η εξάντληση (58,6%), η αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων των ασθενών (25,7%) και οι συχνοί θάνατοι (24,3%). Οι θετικές πτυχές ήταν η ικανοποίηση (37,1%), η αλλαγή των αντιλήψεων για τη ζωή (30%) και η ενσυναίσθηση (14,3%) και οι απαιτούμενες δεξιότητες ήταν η υπομονή (60%), η ενσυναίσθηση (57,1%) και η εμπειρία (50%). Για τις δυσκολίες της ογκολογικής νοσηλευτικής, το 28,3% των δυσκολιών θα μπορούσε να αποδοθεί σε παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία, το 30,3% σε παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή και το 77% των δυσκολιών σε μεμονωμένους παράγοντες. Οι ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες του επιπέδου συμμετοχής των νοσηλευτών ήταν οι αυτο-σκεψεις των δεξιοτήτων και οι θετικές πτυχές της ογκολογικής νοσηλευτικής. **Συμπέρασμα:** Σύμφωνα με τα ευρήματα αυτής της μελέτης, οι νοσηλευτές δήλωσαν ότι η εργασία με καρκινοπαθείς αυξάνει την επαγγελματική εξουθένωση, είναι ανεπαρκείς στη διαχείριση του εργασιακού στρες και στην παροχή ψυχολογικής φροντίδας στους ασθενείς, αλλά έχει αυξηθεί η εργασιακή τους ικανοποίηση, οι κλινικές τους δεξιότητες και η ευαισθητοποίηση σχετικά με τις προτεραιότητες της ζωής.

Abstract 6

Nurses screening for skin cancer: An observation study.

Skin cancer rates in Australia are the highest in the world and it is an important cause of mortality and morbidity. Screening is a method of control for skin cancer/melanoma through early diagnosis and prompt referral and treatment. To date, there have been no controlled trials evaluating the impact of screening on morbidity and mortality, and hence insufficient evidence to recommend for or against routine screening for skin

cancer/melanoma by primary care providers. Australian health authorities have called for studies that investigate the viability of using trained observers apart from medical practitioners - such as nurses, pharmacists and physiotherapists - in opportunistic screening for skin cancer in populations that have a high prevalence of these skin cancers, largely on the basis of cost arguments. We conducted a double blind observation screening study comparing the performance of nurses to those plastic surgeons participating in a skin cancer screening program. The role of the nurse in this program was not to diagnose skin cancer, but to not miss lesions that required further specialist examination. Measurements were recorded for 256 screenees. Plastic surgeons issued 77 (30%) individual referrals for lesions suspicious of being skin cancer. Nurse observations noted 73 (95%) of these 77 cases. The case for the pre-screening of large populations for skin/cancer by trained nurses warrants further attention (Katris et al., 2018).

Περίληψη

Τα ποσοστά καρκίνου του δέρματος στην Αυστραλία είναι τα υψηλότερα στον κόσμο και είναι μια σημαντική αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας. Ο έλεγχος είναι μια μέθοδος ελέγχου για τον καρκίνο του δέρματος / μελάνωμα μέσω έγκαιρης διάγνωσης και άμεσης παραπομπής και θεραπείας. Μέχρι σήμερα, δεν έχουν διεξαχθεί ελεγχόμενες δοκιμές που να αξιολογούν τις επιπτώσεις του ελέγχου στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα και, ως εκ τούτου, δεν υπάρχουν επαρκή αποδεικτικά στοιχεία που να συνιστούν υπέρ ή κατά του συνήθους ελέγχου για καρκίνο του δέρματος/μελάνωμα από τους παρόχους πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Οι αυστραλιανές υγειονομικές αρχές έχουν ζητήσει μελέτες που διερευνούν τη βιωσιμότητα της χρήσης εκπαιδευμένων παρατηρητών εκτός από τους ιατρούς - όπως νοσηλεύτριες, φαρμακοποιούς και φυσιοθεραπευτές - σε ευκαιριακό έλεγχο για καρκίνο του δέρματος σε πληθυσμούς που έχουν υψηλό επιπολασμό αυτών των καρκίνων του δέρματος, σε μεγάλο βαθμό με βάση τα επιχειρήματα κόστους. Πραγματοποιήσαμε μια διπλή τυφλή μελέτη ελέγχου παρατήρησης συγκρίνοντας την απόδοση των νοσηλευτών με εκείνους τους πλαστικούς χειρουργούς που συμμετέχουν σε ένα πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου καρκίνου του δέρματος. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας σε αυτό το πρόγραμμα δεν ήταν να διαγνώσει τον καρκίνο του δέρματος, αλλά να μην χάσει βλάβες που απαιτούσαν περαιτέρω εξειδικευμένη εξέταση. Οι μετρήσεις καταγράφηκαν για 256

ελεγκτές. Οι πλαστικοί χειρουργοί εξέδωσαν 77 (30%), οι παρατηρήσεις των νοσηλευτών σημείωσαν 73 (95%). Η υπόθεση του προ-ελέγχου μεγάλων πληθυσμών για καρκίνο του δέρματος/καρκίνου από εκπαιδευμένους νοσηλευτές χρήζει περαιτέρω προσοχής.

Abstract 7

Systematic review of advanced practice nurses' skin cancer detection knowledge and attitudes, clinical skin examination, lesion detection, and training.

Background and purpose: Skin cancer is the most common malignancy in the United States; early detection reduces the public health burden. This systematic review updates the state of advanced practice nurses' skin cancer knowledge and attitudes, performance of and barriers to clinical skin examination (CSE), recognition of skin lesions, and related training activities.

Methods: The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis statement guided a search of eight literature databases that yielded 12 studies from 2010 to 2016. The United States Preventive Services Task Force's Levels of Certainty guided evidence assessment.

Conclusions: The studies mainly targeted or included nurse practitioners. Collectively, participants had variable, suboptimal skin cancer knowledge, even after an intervention. A slight majority performed CSE during annual visits but agreed that CSE was important and within their scope of practice. Major CSE barriers were lack of time, training, and confidence. Participants who received training were more proficient in identifying suspicious versus benign lesions. Few skin cancer detection training opportunities for nurses exist.

Implications: The level of certainty of the evidence for skin cancer detection by advanced practice nurses and their impact on the skin cancer problem remain low. These nurses would benefit from accessible and efficacious CSE and lesion training (Loescher et al., 2018).

Περίληψη

Ιστορικό και σκοπός: Ο καρκίνος του δέρματος είναι η πιο κοινή κακοήθεια στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ο έγκαιρος εντοπισμός μειώνει την επιβάρυνση για τη δημόσια υγεία. Αυτή η συστηματική ανασκόπηση επικαιροποιεί την κατάσταση των γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών προηγμένης πρακτικής σχετικά με τον καρκίνο του δέρματος, την απόδοση και τα εμπόδια στην κλινική δερματική εξέταση (CSE), την αναγνώριση δερματικών βλαβών και τις σχετικές δραστηριότητες κατάρτισης.

Μέθοδοι: Τα Προτιμώμενα Στοιχεία Αναφοράς για Συστηματικές Κριτικές και Δήλωση Μετα-Ανάλυσης οδήγησαν σε αναζήτηση οκτώ βάσεων δεδομένων βιβλιογραφίας που απέδωσαν 12 μελέτες από το 2010 έως το 2016. Τα επίπεδα βεβαιότητας της Ειδικής Ομάδας Προληπτικών Υπηρεσιών των Ηνωμένων Πολιτειών καθοδηγούν την αξιολόγηση των αποδεικτικών στοιχείων.

Συμπεράσματα: Οι μελέτες στόχευαν κυρίως ή περιελάμβαναν νοσηλευτές. Συνολικά, οι συμμετέχοντες είχαν ελάχιστη γνώση για τον καρκίνο του δέρματος, ακόμη και μετά από παρέμβαση. Μια μικρή πλειοψηφία πραγματοποίησε ΧΑΚ κατά τη διάρκεια των ετήσιων επισκέψεων, αλλά συμφώνησε ότι η ΧΑΚ ήταν σημαντική και στο πλαίσιο της πρακτικής τους. Τα σημαντικότερα εμπόδια της ΧΑΠ ήταν η έλλειψη χρόνου, κατάρτισης και εμπιστοσύνης. Οι συμμετέχοντες που έλαβαν εκπαίδευση ήταν πιο ικανοί στον εντοπισμό ύποπτων έναντι καλοήθων βλαβών. Λίγες ευκαιρίες κατάρτισης ανίχνευσης καρκίνου του δέρματος για τις νοσηλεύτριες υπάρχουν.

Επιπτώσεις: Το επίπεδο βεβαιότητας των στοιχείων για την ανίχνευση καρκίνου του δέρματος από νοσηλευτές προηγμένης πρακτικής και ο αντίκτυπός τους στο πρόβλημα του καρκίνου του δέρματος παραμένουν χαμηλά. Οι νοσηλεύτριες θα επωφεληθούν από την προσιτή και αποτελεσματική εκπαίδευση CSE και βλαβών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διάγνωση και η διαχείριση του καρκίνου του δέρματος βασίζεται σε μια ομαδική προσέγγιση που περιλαμβάνει τους δερματολόγους, τους ογκολόγους, τον γενικό χειρουργό και τους νοσηλευτές. Οι θεραπείες για την αντιμετώπιση του καρκίνου του δέρματος μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την επιδερμίδα και κατά συνέπεια την ποιότητα ζωής του ασθενή. Τα άτομα με καρκίνο του δέρματος έχουν ποικίλες ανάγκες ψυχολογικής υποστήριξης και ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός διότι είναι απαραίτητο ο ασθενής να ζει καλά καθώς κάθε αλλαγή ή δυσφορία που βιώνει, επηρεάζει άμεσα την ποιότητα ζωής, αλλά και την ψυχολογία του ασθενή. Πρόκειται λοιπόν η άμεση ανάγκη και προτεραιότητα οι επόμενες γενιές παιδιών να αποκομίζουν μια ουσιαστική γνώση επι του θέματος ώστε σε βάθος χρόνου να καταστεί κοινή γνώση η επικινδυνότητα της έκθεσης και να εμπεδωθεί η ανάγκη προστασίας από όλες τις ηλικίες και τα κοινωνικά στρώματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη βιβλιογραφία

- Akdeniz Kudubes, A., Aydın, A., Ugur, O., & Bektas, M., 2020. Factors affecting knowledge levels of oncology nurses about skin cancer and sun protection. *European Journal of Cancer Care*, 29(6), e13310.
- American Cancer Society, 2021. American Cancer Society Skin Cancer Prevention Activities.
- Ana-Maria Forsea, Véronique Del Marmol, Alexander Stratigos, AC Geller, 2014. *British Journal of Dermatology* 171 (1), 179-182.
- Andsoy, I. I., Gul, A., Sahin, A. O., & Karabacak, H. 2013. What Turkish nurses know and do about skin cancer and sun protective behavior. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(12), 7663-7668.
- Atris, P., Robert J., Bruce N. Gray, 2018. Nurses screening for skin cancer: An observation study. *Australian and New Zealand journal of public health*, 22(3), 381-383.
- Bruce, A. F., Theeke, L., & Mallow, J., 2017. A state of the science on influential factors related to sun protective behaviors to prevent skin cancer in adults. *International journal of nursing sciences*, 4(3), 225-235.
- Burdon-Jones, D. and Gibbons, K., 2012. The Skin Cancer Quality of Life Impact Tool (SCQOLIT): a validated health-related quality of life questionnaire for non-metastatic skin cancers. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 27 (9). pp.1109-1113.
- Burr S., 2015. The assessment, history taking and differential diagnosis of pigmented skin lesions. *Dermatological Nursing*. 14(4): 18-22. PMID: 112187872. Language: English. Entry Date: In Process. Revision Date: 20160326. Publication Type: Article. Journal Subset: Europe.
- DeKoninck, B., & Christenbery, T., 2015. Skin cancer screening in the medically underserved population: A unique opportunity for APNs to make a difference. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(9), 501-506.
- De Vries E., Bray FI., Coebergh JW., Parkin DM., 2003. Changing epidemiology of malignant cutaneous melanoma in Europe, 1953–1997: Rising trends

in incidence and mortality but recent stabilizations in Western Europe and decreases in Scandinavia. *Int J Cancer*, 107, pp.119–126.

- Erkin, Ö., & Aygün, Ö., 2020. Effects of an education intervention on nursing students' knowledge and attitudes regarding skin self-examination and skin cancer risks. *Journal of Nursing Research*, 28(1).
- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F., 2012. GLOBOCAN 2012 v1.1, Cancer Incidence and Mortality.
- Forsea AM., Del Marmol V., de Vries E., Bailey EE., Geller AC., 2014. Melanoma incidence and mortality in Europe: new estimates, persistent disparities. *The British Journal of Dermatology*. 167(5): 1124-30.
- Gandini, S., Autier, P., Boniol, M., 2011. Reviews on sun exposure and artificial light and melanoma. *Dermatological Nursing*. Prog Biophys Mol Biol, 107, pp. 362-366.
- Goodman, H. A., Pacheco, C. L., & Loescher, L. J., 2018. An online intervention to enhance nurse practitioners' skin cancer knowledge, attitudes, and counseling behaviors: a pilot study. *Journal of the Dermatology Nurses' Association*, 10(1), 20-28.
- National Cancer Institute., 2003. Screening for Skin Cancer (PDQ; Patient Version). In NCI Cancer Information. from: <http://cancer.gov/cancerinfo/pdq/screening/skin/patient>.
- Kamisli, S., Yuce, D., Karakilic, B., Kilickap, S., & Hayran, M., 2017. Cancer patients and oncology nursing: Perspectives of oncology nurses in Turkey. *Nigerian journal of clinical practice*, 20(9), 1065-1073.
- Karagas MR., Stannard VA., Mott LA., Slattery MJ., Spencer SK., Weinstock MA., 2002. Use of tanning devices and risk of basal cell and squamous cell skin cancers. *J Natl Cancer Inst*;94, pp.224–226.
- Leonor P Roguin, Nicolas Chiarante, María C García Vior, Julieta Marino, 2019. *The international journal of biochemistry & cell biology* 114, 105575.
- Mitchell-Worsfold, L., (2014) Nurses can improve their knowledge of skin cancer: Training and education will help nurses identify early signs of skin cancer and offer patients the appropriate advice, *Cancer Nursing Practice*, London Vol. 18, Iss. 3, (May 2019): 16-16. DOI:10.7748/cnp.18.3.16.s15.

- Moore, S., 2002. Nursing. The toughest task: how to break bad news. Excellence in Clinical Practice 3.2, pp 1–3. University of Michigan Hospitals and Health Centres. Available at: <http://www.med.umich.edu/patientsafetytoolkit/disclosure/howto.doc>.
- Oescher, L. J., Stratton, D., Slebodnik, M., & Goodman, H., 2018. Systematic review of advanced practice nurses' skin cancer detection knowledge and attitudes, clinical skin examination, lesion detection, and training. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 30(1), 43-58.
- Sacchetto L., Zanetti R., Comber H., Bouchardy C., Brewster DH., Broganelli P, Chirlaque MD., Coza D, Galceran J, Gavin A., Hackl M., Katalinic A., Larønningen S., Louwman MVJ., et al., 2018. *European journal of cancer* 92, pp108-118.
- Skin Cancer Foundation, 2010. Βασικοκυτταρικό Καρκίνωμα. Διαθέσιμο από <http://www.skincancer.org/gr-GR/basal-cell-carcinoma>.
- Syed, D. N., Chamcheu, J.-C., Adhami, V. M., and Mukhtar, H. 2013. Pomegranate Extracts and Cancer Prevention: Molecular and Cellular Activities. *Anti-Cancer Agents in Medicinal Chemistry*, 13(8), pp.1149–1161.
- Thomas D. Adolescents and young adults with cancer: The challenge. Palliative and supportive care 2007, 5: pp.173-174
- Valsamaki P. (2009). Tumor thickness as a guide to surgical management of clinical stage I melanoma patients. *Hell J Nucl Med*; 12, pp. 87-98.
- William, A., 2003. Transdermal and Topical Drug Delivery from Theory to Clinical Practice. *Pharmaceutical Press*, London, pp 34-37.
- World Health Organization, 2016. Ultraviolet Radiation and the INTERSUN Program. Διαθέσιμο από http://www.who.int/uv/sun_protection/en/.
- Yarosh D., Klein J., O'Connor A., et al., 2001. Effect of topically applied T4 endonuclease V in liposomes on skin cancer in xeroderma pigmentosum: a randomised study. *Xeroderma Pigmentosum Study Group. Lancet* 2001; 357(9260), pp.926-929.

Ελληνική βιβλιογραφία

- Αθανάτου Κ. Ε., 2004. Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική. Έκδοση Ζ', Αθήνα, σελ. 56-57, 61, 64-74, 83-85.

- Κατσαμπας, 2007. *Μαθήματα δερματολογίας και αφροδισιολογίας*. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Σαπουντζή Κ. Δ., 2004. *Χρόνια Ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα*. Έκδοση, Θεσσαλονίκη, Έλλην, σελ 22, 51 – 54.
- Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ., 2006. *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα ΜΕΠΕ.
- Σαχίνη – Καρδάση Α. και Πάνου Μ., 2007. *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική*. Έκδοση, Αθήνα, Βήτα, Τόμος 1, σελ 186, 191, 173, 174 – 176.
- Σιβρίδης Ε., 2007. *Παθολογική Ανατομική*. Αθήνα, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, σελ 915 -924.