



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

« ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ »



ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΓΙΩΤΗ

ΛΕΥΚΟΘΕΑ ΜΑΤΣΟΥΛΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2019

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ABSTRACT.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	5
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	7
Α΄ ΜΕΡΟΣ	10
1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ	10
1.1 Η επιδερμίδα	11
1.2 Το χόριο.....	12
1.3 Υποδόριος ιστός.....	12
2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	13
3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	15
3.1 Αίτια.....	15
3.2 Κλινική εικόνα	17
3.3 Διάγνωση.....	18
3.4 Σταδιοποίηση	19
4. ΠΡΟΓΝΩΣΗ	22
5. ΠΡΟΛΗΨΗ.....	23
6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	25
6.1 Θεραπεία – Συντηρητική	25
6.2 Θεραπεία – Χειρουργική	26
Β΄ ΜΕΡΟΣ	28
1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	28
2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	29
3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	31
4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	33
Γ΄ ΜΕΡΟΣ.....	34
ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	34
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	53

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του δέρματος αποτελεί τη πιο κοινή κακοπάθεια των λευκών. Διακρίνεται σε καρκίνο του δέρματος κακοήθους μελανώματος και μη μελανώματος. Ο καρκίνος του δέρματος μη μελανώματος περιλαμβάνει το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα και το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα. Η υπεριώδης ακτινοβολία (UVR) είναι ένας παράγοντας περιβαλλοντικού κινδύνου που εκτιμάται ότι προκαλεί τη πλειονότητα των περιπτώσεων καρκίνου του δέρματος. Συχνές περιοχές εμφάνισης του, είναι στη κεφαλή και το λαιμό, σημεία δηλαδή που εκτίθενται περισσότερο στο υπεριώδες φως. Είναι οι πιο συνηθισμένοι τύποι καρκίνου και η επίπτωση τους συνεχίζει να αυξάνεται.

Στη παρακάτω εργασία πραγματοποιείται μια περιγραφή της έννοιας του καρκίνου του δέρματος μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης και αποτελείται από 3 μέρη. Παραθέτονται μια ιστορική αναδρομή και η επιδημιολογία του καρκίνου του δέρματος μελανώματος και μη μελανώματος τα τελευταία δέκα χρόνια. Στο Α' μέρος παρουσιάζονται η ανατομία, η φυσιολογία, τα αίτια, η κλινική εικόνα, η διάγνωση, η σταδιοποίηση, η πρόγνωση, η πρόληψη και τέλος η θεραπεία χειρουργική και μη. Ακολουθούν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις, με το ρόλο του νοσηλευτή στη διάγνωση, στη θεραπεία και στη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς και τέλος τα νέα δεδομένα αυτής της ανασκόπησης και η αναφορά στη βιβλιογραφία.

Λέξεις ευρετηρίου: Καρκίνος του δέρματος, Κακοήθες μελάνωμα, Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, Ηλιακή ακτινοβολία, Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

ABSTRACT

Skin cancer is the most common white pathogen. It is distinguished in skin cancer of malignant melanoma and non-melanoma. Non-melanoma skin cancer includes basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma. Ultraviolet radiation (UVR) is an environmental risk factor that is estimated to cause the majority of cases of skin cancer. Its frequent areas of occurrence are in the head and neck, which is why they are most exposed to ultraviolet light. These are the most common types of cancer and the incidence continues to increase.

In the following paper a description of the concept of skin cancer is made through a bibliographic review. The following task provides a description of the concept of skin cancer through a bibliographic review and consists of 3 parts. A historical overview and epidemiology of melanoma and non-melanoma skin cancer over the last ten years are cited. Part 1 presents anatomy, physiology, causes, clinical picture, diagnosis, staging, prognosis, prevention and finally surgical and non-surgical treatment. Following are the nursing interventions, with the role of the nurse in the diagnosis, treatment, and psychosocial rehabilitation of the patient and finally the new findings and reference to the literature.

Key words: Skin Cancer, Malignant Melanoma, Basal Cell Carcinoma, Solar Radiation, Nursing Interferes

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του δέρματος είναι ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας όπου τα περιστατικά του αυξήθηκαν δραματικά παγκοσμίως κατά τις προηγούμενες δεκαετίες. Είναι τύπος καρκίνου που εμφανίζεται στο δέρμα και αποτελείται από ανώμαλα αναπτυσσόμενα κύτταρα που εισβάλλουν ή εξαπλώνονται σε άλλους ιστούς και όργανα. Περισσότερα περιστατικά παρατηρούνται σε χώρες με πιο άμεσο ηλιακό φως. Ευαίσθητες στο καρκίνο του δέρματος παρατηρούνται όλες οι εθνοτικές ομάδες ωστόσο οι λευκοί πληθυσμοί διατρέχουν πολύ περισσότερο κίνδυνο. Διακρίνεται σε καρκίνο του δέρματος κακοήθους μελανώματος (MM) και καρκίνο του δέρματος μη μελανώματος (NMSC). Ο καρκίνος του δέρματος μη μελανώματος διακρίνεται στη συνέχεια σε βασικοκυτταρικό καρκίνωμα (βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα) (BCC) και σε ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (ακανθοκυτταρικό επιθηλίωμα) (SCC) (Apalla et al., 2017)□□□. Οι κακοήθεις επιθηλιακοί όγκοι του δέρματος εντοπίζονται συνήθως μετά την ηλικία των 40 ετών στον άνθρωπο και έχουν την ικανότητα να αναπτύσσονται τόσο σε άρρωστο όσο και σε φυσιολογικό δέρμα. Σύνηθες διαταραχές που προηγούνται των νεοπλασμάτων είναι η λευκοπλακία, η μελαγχρωματική ξηροδερμία, οι γεροντικές υπερκερατώσεις ή άλλες χρόνιες ακτινικές αλλοιώσεις, η ακτινοδερματίτιδα, τα ηλιακά εγκαύματα, αλλοιώσεις που οφείλονται σε χρόνια λήψη αρσενικού ή παρατεταμένη επαφή με προϊόντα της πίσσας, ο κοινός λύκος και τα χρόνια έλκη (Janner, 1997)□.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Οι όγκοι πρωτοεμφανίστηκαν σε ζώα τα προϊστορικά χρόνια, πολλά χρόνια πριν την ανθρώπινη φυλή, το οποίο δικαιολογείται μέσω παλαιοπαθολογικών ευρημάτων. Γύρω στο 3000 π. Χ. παρατηρείται η πιο παλιά γραπτή περιγραφή καρκίνου η οποία συμπεριλαμβάνεται στον Edwin Smith Papyrus και ήταν καρκίνος του μαστού. Το συμπέρασμα του συγγραφέα ήταν πως δεν υπάρχει καμία θεραπεία για τον διογκούμενο αυτόν όγκο. Ο καρκίνος του δέρματος, του ορθού, της μήτρας και του στομάχου αναφέρονται για πρώτη φορά στον Ebers Papyrus, ο οποίος αναφέρεται στο 1500 π. Χ.. Αρκετοί λαοί προσπάθησαν να θεραπεύσουν τον καρκίνο και τους όγκους. Οι Αιγύπτιοι για παράδειγμα χρησιμοποιούσαν μαχαίρια, άλατα, καυτηρίαση και τη γνωστή ως «αιγυπτιακή αλοιφή» η οποία ήταν πάστα από αρσενικό και συνέχισε να χρησιμοποιείται μέχρι τον 19ο αιώνα. Οι Σουμέριοι, οι Κινέζοι, οι Ινδοί, οι Πέρσες και οι Εβραίοι της ίδιας εποχής χρησιμοποιούσαν φυτικά φάρμακα όπως το τσάι, χυμούς φρούτων, σύκα και βραστό λάχανο.

Η ιατρική αντιμετώπιση από τους Έλληνες σαν ένας συνδυασμός από επιστήμη και τέχνη. Ο Ιπποκράτης και οι μαθητές του χαρακτήρισαν τα φυσικά αίτια ως παράγοντες εμφάνισης καρκίνου και όγκων. Οι όροι καρκίνωμα (κακοήθης όγκος) και καρκίνος (κακοήθης καρκίνος του έλκους) επιλέχθηκαν από τον Ιπποκράτη καθώς η πρόοδος των καρκινωμάτων του θύμιζαν ένα κινούμενο καβούρι. Από τους καρκίνους εκείνης της εποχής γνωστοί στους Έλληνες γιατρούς ήταν ο καρκίνος του δέρματος, του στόματος, του στομάχου και του μαστού.

Υπήρξε διαφορετική αντιμετώπιση των επιφανειακών και των βαθιά εκτεταμένων καρκινωμάτων. Οι επιφανειακές βλάβες υποβλήθηκαν σε θεραπεία με λοσιόν και καυτηρίαση και οι βαθιές μορφές όγκου είτε κόπηκαν με ένα μαχαίρι είτε θεωρήθηκαν ακατάλληλες. Οι γιατροί και οι χειρουργοί που υπήρξαν αργότερα συνέβαλαν σημαντικά στην ανίχνευση, τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου (Hajdu, 2011)□□□.□

Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1860, αναγνωρίστηκε ότι πρωτογενείς κακοήθειες όγκοι μπορεί να προκύψουν σε κάθε όργανο και η πλειονότητα αυτών είναι κλινικά και μικροσκοπικά διακριτά.

Την ίδια περίοδο μέσω εξειδικευμένων μελετών σε όργανα κακοήθων όγκων αναπτύχθηκαν νέες τεχνικές και μέσα, για τη διευκόλυνση των κλινικών και παθολογικών διαγνώσεων (Hajdu, 2012)□. Από το 1960, οι αλλαγές στο τρόπο ζωής

έχουν οδηγήσει σε αυξημένη έκθεση στον ήλιο, γεγονός που με τη σειρά του οδήγησε σε σημαντική αύξηση νέων κρουσμάτων NMSC με παγκόσμια ετήσια επίπτωση 3% και 8% (Sánchez et al., 2016)□.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του δέρματος μη μελανώματος και κακοήθους μελανώματος αποτελεί τη πιο συχνή κακοήθεια στους ανοιχτόχρωμους πληθυσμούς. Ο μη μελανωματικός καρκίνος του δέρματος (NMSC) είναι ο πιο κοινός καρκίνος παγκοσμίως. Μεταξύ των δύο τύπων NMSC, το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα (BCC) αντιπροσωπεύει περίπου το 75% έως 80% των περιπτώσεων και το ακανθοκυτταρικό (SCC) αντιπροσωπεύει το 20% έως το 25% των περιπτώσεων (Porceddu, 2015)□□. Όλες οι εθνοτικές ομάδες είναι ευαίσθητες στο καρκίνο του δέρματος ωστόσο οι λευκοί διατρέχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο (Kirk and Greenfield, 2017)□□. Έχει παρατηρηθεί πως υπήρξαν πολύ περισσότερα περιστατικά μελανώματος σε πληθυσμούς που ζουν σε χώρες με πιο άμεσο ηλιακό φως, όπως αυτούς που ζουν κοντά στον Ισημερινό (Mahendraraj et al., 2017)□□.□

Η εμφάνιση του βασικοκυτταρικού καρκινώματος σε περιοχές λιγότερο εκτεθειμένες στον ήλιο είναι περίπου το 20% των περιπτώσεων. Τα ποσοστά θεραπείας υπερβαίνουν το 90% και η ειδική θνησιμότητα BCC είναι μικρότερη από 0,1% (Montagna and Lopes, 2017).

Παρατηρείται μεγάλη αύξηση στην επίπτωση του καρκίνου του δέρματος. Πλέον το 20% του πληθυσμού μπορεί να αναπτύξει καρκίνο του δέρματος κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής του. Η ετήσια συχνότητα εμφάνισης καρκίνων του δέρματος μη μελανώματος εκτιμάται ότι κυμαίνεται μεταξύ 109 και 148 ανά 100.000 στις δυτικές χώρες, φθάνοντας τα 1019 και 1488/100.000 στο πληθυσμό ηλικίας 60-70 ετών. Το μελάνωμα είναι σπανιότερο (10% του καρκίνου του δέρματος) άλλα έχει σημαντικά υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Η 5ετής επιβίωση του μελανώματος κυμαίνεται από 95% έως 60% (Rat et al., 2017)□.□□

Ο καρκίνος του δέρματος έχει το υψηλότερο ποσοστό επίπτωσης μεταξύ των λευκών φυλών και στις ανεπτυγμένες χώρες όπως η Αυστραλία, η Νέα Ζηλανδία και οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, και το ποσοστό θνησιμότητας του καρκίνου αυτού είναι επίσης υψηλότερο σε αυτές τις χώρες. Το Ισραήλ και η Σουηδική Αραβία έχουν το υψηλότερο ποσοστό επίπτωσης στις χώρες της Μέσης Ανατολής αντίστοιχα (Pakzad et al., 2015)□.□□□

Το μελάνωμα αποτελεί μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας στην Αυστραλία και παράλληλα με τη Νέα Ζηλανδία έχει τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης παγκοσμίως

(Gilmore, 2017)□. □

Το κακόηθες μελάνωμα αντιπροσωπεύει το 75% όλων των θανάτων από καρκίνο του δέρματος. Σύμφωνα με το εθνικό ινστιτούτο καρκίνου της Αμερικής το δερματικό μελάνωμα αντιπροσωπεύει σχεδόν το 5% όλων των νέων διαγνωσθέντων περιπτώσεων καρκίνου με αναφερόμενη θνησιμότητα περίπου 2% καθιστώντας τη πιο θανατηφόρα μορφή καρκίνου του δέρματος. Η συχνότητα εμφάνισης δερματικού μελανώματος αυξάνεται σταθερά τα τελευταία δέκα χρόνια (Mahendraraj et al., 2017)□.

Η συχνότητα εμφάνισης των κακοήθων μελανωμάτων πιο συγκεκριμένα αυξάνεται με ετήσια αύξηση κατά 0,6% στους ενήλικες άνω των 50 ετών. Ο εκτιμώμενος αριθμός νέων περιπτώσεων μελανώματος του δέρματος το 2016 ήταν 76.380 που αντιπροσωπεύει το 4,5% όλων των νέων περιπτώσεων καρκίνου. Μελέτες έδειξαν πως η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης μελανώματος δεν συνοδεύτηκε από αντίστοιχη αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας. Στους λευκούς η επίπτωση του NMSC είναι υψηλότερη έως και 18 με 20 φορές από αυτή του MM (Apalla et al., 2017).

Οι εκτιμήσεις του Εθνικού Ινστιτούτου Καρκίνου δείχνουν για το έτος 2014 98.420 νέες περιπτώσεις καρκίνου του δέρματος μη μελανώματος και 83.710 σε γυναίκες στη Βραζιλία, οι οποίες αντιστοιχούν σε εκτιμώμενο κίνδυνο 100,75 νέων κρουσμάτων ανά 100.000 άνδρες και 82,24 νέων περιπτώσεων ανά 100.000 γυναίκες (Cardoso et al., 2017)□.□

Ο καρκίνος του δέρματος είναι ο πιο κοινός καρκίνος στο Ιράν. Είναι ο πρώτος συνηθέστερος καρκίνος για τους άνδρες (τυπικό ποσοστό συχνότητας εμφάνισης= 18,93) και ο δεύτερος συχνότερος για τις γυναίκες (τυπικό ποσοστό επίπτωσης= 13,09) στο Ιράν. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι υπήρξαν 1448 θάνατοι λόγω καρκίνου του δέρματος στο Ιράν από το 2006 έως το 2010. Η μελέτη αυτή δείχνει ότι το ποσοστό θνησιμότητας μειώθηκε από 0,546/100.000 το 2006 σε 0,522/100.000 το 2010 (Pakzad et al., 2015).□

Η συχνότητα εμφάνισης μελανώματος αυξάνεται ταχύτερα από εκείνη οποιουδήποτε άλλου καρκίνου στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και το μελάνωμα αντιπροσωπεύει μόνο το 1% όλων των περιπτώσεων καρκίνου του δέρματος, ωστόσο είναι υπεύθυνο για τη πλειοψηφία των θανάτων από καρκίνο του δέρματος. Το μελάνωμα επηρεάζει κυρίως τα άτομα ευρωπαϊκής καταγωγής και είναι πολύ λιγότερο κοινό μεταξύ ατόμων ασιατικής, αφρικανικής και ισπανικής καταγωγής. Οι

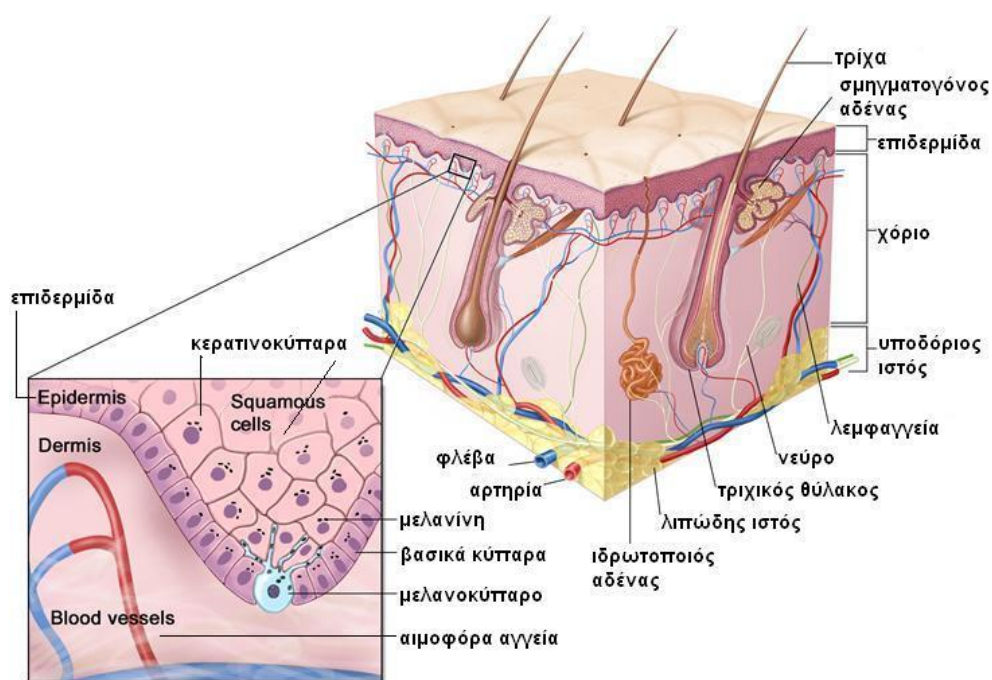
λευκοί με ανοιχτόχρωμο δέρμα είναι 2 έως και 3 φορές πιο πιθανό να αναπτύξουν μελάνωμα, από ότι οι λευκοί με σκουρόχρωμο δέρμα (Hulur et al., 2017)□.□

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1. ANATOMIA

Το δέρμα είναι το μεγαλύτερο ανθρώπινο όργανο και καλύπτει ολόκληρη την εξωτερική επιφάνεια του σώματος. Αποτελεί το 16% του βάρους ενός ανθρώπου και είναι ένα μεταβολικά ενεργό όργανο με διάφορες ζωτικές λειτουργίες. Εκτίθεται συνεχώς σε εξωτερικούς παθογόνους μικροοργανισμούς και λειτουργεί ως προστατευτικό κάλυμμα του σώματος (Yousef and Sharma, 2018)□.□

Το δέρμα σχηματίζεται από δύο κύρια στρώματα, την επιδερμίδα και το χόριο ή αλλιώς δερμίδα. Ο υποδόριος ιστός συνήθως αναφέρεται στο διάγραμμα της δομής του δέρματος για πληρότητα ωστόσο δεν αποτελεί κύριο μέρος του δέρματος. Αποτελείται κυρίως από λίπος και λειτουργεί ως σύνδεση μεταξύ του δέρματος και των υποκείμενων μυών και οστών. Κάθε στιβάδα μπορεί να χωριστεί σε επιμέρους στρώματα και ως εξαρτήματά του δέρματος χαρακτηρίζονται οι αδένες ιδρώτα του δέρματος, οι τρίχες και οι όνυχες (Ye and De, 2017)□.□



Εικόνα 1 : Ανατομία του δέρματος

1.1 Η επιδερμίδα

Η επιδερμίδα είναι η εξωτερική και ανώτερη στιβάδα του δέρματος, και αποτελείται από ένα στρωματοποιημένο, πλακώδες επιθήλιο το οποίο σχηματίζεται κυρίως από κερατινοκύτταρα και δενδριτικά κύτταρα. Πιο ειδικά η επιδερμίδα μπορεί να υποδιαιρεθεί σε 5 στρώματα κερατινοκυττάρων σύμφωνα με τη μορφολογία τους, από μέσα προς τα έξω, τη βασική στιβάδα, την ακανθωτή στιβάδα, τη κοκκιώδη, τη διαυγή και τη κεράτινη στιβάδα (Gilaberte et al., 2016). Εντός της επιδερμίδας βρίσκονται άλλοι κυτταρικοί πληθυσμοί, πιο συγκεκριμένα μελανοκύτταρα, τα οποία παράγουν χρωστική μελανίνη η οποία προστατεύει από την υπεριώδη ακτινοβολία, τα κύτταρα κερατίνης, κύτταρα Langerhans, κινητά δενδριτικά κύτταρα, τα οποία έχουν ανοσολογικές λειτουργίες, και τα κύτταρα Merkel, κύτταρα με νευροενδοκρινικά και επιθηλιακά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την αίσθηση της αφής (McGrath et al., 2004)□. Υπάρχουν 3 επιδερμικά εξαρτήματα, τα θυλάκια τρίχας που είναι υπεύθυνα για τα μαλλιά, τα νύχια και οι αδένες ιδρώτα (Fore, 2006)□.

Η βασική στιβάδα είναι το πιο βαθύ στρώμα της επιδερμίδας και χωρίζεται από το χόριο με τη βασική μεμβράνη. Αυτή η στιβάδα διαθέτει μελανοκύτταρα και κερατινοκύτταρα. Είναι μιτωτικά βλαστοκύτταρα και έχουν σχήμα κυβοειδές. Η ακανθωτή στιβάδα συγκροτείται από ακανόνιστα κύτταρα με μικρά αγκάθια στο εξωτερικό της μεμβράνης τους, και για το λόγο αυτό ονομάστηκε ακανθωτή. Η κοκκιώδης στιβάδα αποτελείται από κύτταρα με ραβδοειδές σχήμα που περιέχουν κόκκους κερατοϊαλίνης, συσσωματώματα ινών κερατίνης που υπάρχουν σε κερατινοποιημένα κύτταρα. Η διαυγής στιβάδα είναι ένα λεπτό διαυγές στρώμα αποτελούμενο από ελεϊδίνη (προϊόν μετασχηματισμού κερατοϊαλίνης) και συνήθως εμφανίζεται μόνο σε παχύ δέρμα που βρίσκεται στις παλάμες και τα πέλματα (Yousef & Sharma, 2017). Η κεράτινη στιβάδα είναι υπεύθυνη για το σχηματισμό επιδερμικού φράγματος νερού, και προστατεύει το δέρμα, διατηρώντας την ικανοποιητική ενυδάτωση του, και αποτρέποντας την υπερδιήθηση εκτός από πολλές άλλες προστατευτικές λειτουργίες (Fore, 2006)□.

1.2 Το χόριο

Το χόριο είναι η δεύτερη κύρια στιβάδα του δέρματος κατασκευασμένο κυρίως από κολλαγόνο και ίνες ελαστίνης. Είναι ένα ολοκληρωμένο σύστημα ινώδους, νηματώδους και άμορφου συνδετικού ιστού. Το βρεφικό χόριο αποτελείται από μικρές δέσμες κολλαγόνου, ενώ το ενήλικο χόριο περιέχει παχύτερες δέσμες κολλαγόνου. Το κολλαγόνο αντιπροσωπεύει το 70% του ξηρού βάρους του δέρματος (Kolarsick et al., 2011). Βρίσκεται κάτω από την επιδερμίδα και αποτελεί παχύτερο στρώμα. Διαθέτει 2 υποστιβάδες, τη θηλώδη και τη δικτυωτή. Η θηλώδης αποτελεί το εξωτερικό στρώμα και πιο λεπτό και περιέχει το νευρικό και αγγειακό δίκτυο, τριχοειδή αγγεία και νερό. Η δικτυωτή στιβάδα είναι παχύτερο στρώμα, πιο βαθύ και αποτελείται από πυκνούς συνδετικούς ιστούς όπως δέσμες ινών κολλαγόνου (Yousef and Sharma, 2018).

1.3 Υποδόριος ιστός

Ο υποδόριος ιστός ή αλλιώς υποδόρια περιτονία είναι το βαθύτερο στρώμα του δέρματος και περιέχει λιπώδεις κύτταρα τα οποία προστατεύουν τα αιμοφόρα αγγεία και τις νευρικές απολήξεις. Τα λιποκύτταρα διαχωρίζονται από ινώδη διαφράγματα τα οποία αποτελούνται από κολλαγόνο και μεγάλα αιμοφόρα αγγεία. Όπως και η επιδερμίδα και το χόριο ποικίλουν σε πάχος ανάλογα με τη περιοχή του δέρματος, το ίδιο συμβαίνει και τον υποδόριο ιστό. Το υποδόριο λίπος παρέχει ανθεκτικότητα, και λειτουργεί ως ενδοκρινικό όργανο και αποθήκη ενέργειας (Yousef and Sharma, 2018).

2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Το δέρμα χαρακτηρίζεται ως ένα πολύπλοκο όργανο το οποίο καλύπτει ολόκληρη την εξωτερική επιφάνεια του σώματος. Αποτελεί ένα φυσικό προστατευτικό εμπόδιο μεταξύ του σώματος και του περιβάλλοντος, αποτρέπει την απώλεια νερού και ηλεκτρολυτών, μειώνει τη διείσδυση χημικών και προστατεύει από διάφορους παθογόνους μικροοργανισμούς. Είναι μαλακό, ελαστικό και διατατικό και δέχεται αλλαγές που σχετίζονται με τη χρονολογική γήρανση και τη φωτογήρανση όπως ρυτίδωση, χαλάρωση και αλλαγές στη χρώση. Το δέρμα είναι πολύ σημαντικό κομμάτι στο κεφάλαιο εξωτερικής αισθητικής και ομορφιάς και είναι το επίκεντρο ποικίλων δερματικών χειρουργικών και μη χειρουργικών διαδικασιών (Khavkin and Ellis, 2011)□.□

Οι ιστοί έχουν γενικότερα τη φυσική ικανότητα να αντικαθιστούν τα κύτταρα που πεθαίνουν και να επουλώνουν τα τραύματα. Η δερματική επιδερμίδα και τα εξαρτήματά της υποβάλλονται σε καθημερινές επιθέσεις από το εξωτερικό περιβάλλον (Gonzales and Fuchs, 2017)□.□

Εκτελεί μια σειρά λειτουργιών με βάση τις οποίες προστατεύει τον οργανισμό.

- Λειτουργεί ως ανοσοποιητικό όργανο καθώς παρέχει προστασία από αμυχές, απώλεια υγρών, βλαβερές ουσίες, την υπεριώδη ακτινοβολία και τη διείσδυση μικροοργανισμών.
- Διατηρεί τα επίπεδα υγρών, παρεμποδίζοντας την αφυδάτωση η οποία μπορεί να είναι σοβαρή όταν γίνονται εκτεταμένες βλάβες δέρματος όπως εγκαύματα.
- Παίζει σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος διαμέσου της εξάτμισης του ιδρώτα και της διαστολής ή συστολής των αιμοφόρων αγγείων (Keith L. Moore, Arthur F. Dalley, 2012).
- Συμβάλει στη σύνθεση και την αποθήκευση της βιταμίνης D. Τα κερατινοκύτταρα ρυθμίζουν την απορρόφηση ασβεστίου με την ενεργοποίηση προδρόμων χοληστερόλης από UVB φως για να σχηματίσουν βιταμίνη D (Yousef and Sharma, 2017)□.□
- Προστατεύει από την υπεριώδη ακτινοβολία και λειτουργεί ως αντηλιακό καθώς το UVB φως διεγείρει την έκκριση μελανίνης. Τα μελανοκύτταρα προέρχονται από κύτταρα νευρικού λοβού και παράγουν κυρίως μελανίνη.

- Περιέχει αισθητήρια νεύρα, και αισθητήριους υποδοχείς, οι οποίοι μεταφέρουν πληροφορίες σχετικά με το εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον στο Κ.Ν.Σ. και ανιχνεύουν εισερχόμενα ερεθίσματα αφής, δόνησης, πίεσης, πόνου, φαγούρας και θερμοκρασίας (Khavkin and Ellis, 2011). □ □

3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

3.1 Αίτια

Μετά την αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου του δέρματος είναι πολύ σημαντικό να αναγνωρίζονται τα αίτια και οι παράγοντες κινδύνου. Υψηλότερη επίπτωση της νόσου παρατηρείται στους λευκούς που ζουν σε χώρες με πιο άμεσο ηλιακό φως (Mahendraraj et al., 2017)□. Οι τρεις βασικότεροι και πιο συχνοί τύποι καρκίνου του δέρματος είναι το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα (BCC), το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα(SCC) και το μελάνωμα (MM) το οποίο αποτελεί τη πιο θανατηφόρα μορφή σε σχέση με του υπόλοιπους τύπους.

Παρόλο που το BCC αντιστοιχεί στο μεγαλύτερο ποσοστό παρουσίας δερματικών όγκων οι όγκοι εμφανίζονται κυρίως σε περιοχές που παραμένουν εκτεθειμένες στον ήλιο. Αναπτύσσονται κυρίως σε περιοχές της κεφαλής και του λαιμού όπως τα βλέφαρα. Είναι αρκετοί οι παράγοντες που προκαλούν καρκίνο του δέρματος και διακρίνονται σε ενδογενείς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Ο κύριος παράγοντας περιβαλλοντικού κινδύνου που συμβάλει στην ανάπτυξη του βασικοκυτταρικού καρκινώματος είναι η έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία (UV). Επίσης σημαντικοί παράγοντες είναι το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του δέρματος (άτομο συγγένειας πρώτου βαθμού), το ατομικό ιστορικό ηλιακών εγκαυμάτων, η εμφάνιση κερατοειδών και οι φωτοτυπίες του δέρματος I έως III (Sánchez et al., 2016)□. Οι Leiter and Carbe (2008) αναφέρουν πως είναι πολύ σημαντικός ο έλεγχος της έκθεσης στην υπεριώδη ακτινοβολία κατά τη παιδική και εφηβική ηλικία διότι μελέτες έδειξαν πως μια έντονη έκθεση σε αυτές τις ηλικίες ήταν η κύρια αιτία για την ανάπτυξη βασικοκυτταρικού καρκινώματος (BCC). Τα αίτια του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος δεν διαφέρουν ιδιαίτερα από του βασικοκυτταρικού. Παράγοντες κινδύνου είναι το ιστορικό εγκαυμάτων, η επαγγελματική έκθεση στον ήλιο, οι κληρονομικές παθήσεις του δέρματος, η χρόνια και συσσωρευμένη έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία καθώς και ο ιός ανθρώπινου θηλώματος (Sánchez et al., 2016)□.

Η αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης των NMSC πιθανώς οφείλεται σε ένα συνδυασμό αυξημένης έκθεσης στον ήλιο ή έκθεσης σε υπεριώδη ακτινοβολία (UV), αυξημένες υπαίθριες δραστηριότητες, αλλαγές στο στυλ ένδυσης, αυξημένη

μακροζωία, όζον, την εξάντληση, τη γενετική και, σε ορισμένες περιπτώσεις, τη καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος. Ως υπεύθυνη για την ανάπτυξη βασικοκυτταρικού καρκινώματος αντιμετωπίστηκε μια έντονη έκθεση στη παιδική ηλικία, ενώ για την ανάπτυξη του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος ήταν μια χρόνια έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία καθ' όλη τη διάρκεια των προηγούμενων δεκαετιών. Ο κύριος παράγοντας περιβαλλοντικού κινδύνου για το μελάνωμα στους λευκούς είναι η υπεριώδης ακτινοβολία (UVR) από το φως του ήλιου, που συμβάλει στη προαγωγή του καρκίνου προκαλώντας άμεση βλάβη του DNA, ανοσοκαταστολή και δυσλειτουργία των αυξητικών παραγόντων. Πολύ σημαντικό ρόλο για την εμφάνιση μελανώματος παίζει το ανοιχτό χρώμα του δέρματος, το οποίο χαρακτηρίζεται από χαμηλά επίπεδα μελανίνης που απορροφά τη UVR, στην οποία εκτίθενται τα μελανοκύτταρα (Hulur et al., 2017)□□.

Σύμφωνα με τον (WHO) World Health Organization σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2009 έδειξε πως η έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία σε νεότερες ηλικίες αυξάνει σημαντικά το κίνδυνο καρκίνου του δέρματος αργότερα στη ζωή, ιδιαίτερα το ηλιακό έγκαυμα μεταξύ 15 με 20 ετών (Kirk and Greenfield, 2017)□. Πρόσθετοι παράγοντες αποτελούν το μαύρισμα φυσικό ή τεχνητό και τα ηλιακά εγκαύματα σε νεαρή ηλικία (Mahendraraj et al., 2017)□. Ευάλωτες ομάδες που βρίσκονται σε κίνδυνο χαρακτηρίζονται από κόκκινα και ξανθά μαλλιά, φακίδες, ηλιακά εγκαύματα τα οποία δεν μετατρέπονται σε μαύρισμα στη συνέχεια, ανοιχτόχρωμο δέρμα και μάτια (Μπακογιάννης, 2011).□

3.2 Κλινική εικόνα

Ο καρκίνος του δέρματος είναι μια ετερογενής ομάδα καρκίνων και οι τρεις κύριοι τύποι του είναι ο δερματικός καρκίνος του μελανώματος και του μη μελανώματος (NMSC), ο οποίος αποτελείται από το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα και το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα τα οποία επηρεάζουν πιο συχνά τους ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών.

Το BCC είναι ένας κακοήθης πολλαπλασιασμός του δέρματος, ο οποίος προέρχεται από τα βασικά κύτταρα και καταλογίζει το 50% όλων των καρκίνων στις Ηνωμένες Πολιτείες. Έχει υποτεθεί ότι το BCC προέρχεται από το στρώμα των βασικών κυττάρων και το εξωτερικό περίβλημα του ριζικού θυλακίου. Αυτά τα κύτταρα είναι πολυδύναμα επιθηλιακά (Paolino et al., 2017)□. Οι όγκοι αυτοί εντοπίζονται συχνότερα στα δυο ανώτερα τριτημόρια του προσώπου, αλλά μπορούν να παρατηρηθούν και στο κορμό. Η ταχύτητα ανάπτυξης τους είναι εξαιρετικά μικρή. Μορφολογικά τα κυτταρικά συστατικά των νεοπλασμάτων αυτών μοιάζουν με κύτταρα της βασικής στιβάδας. Πραγματικά δεν υπάρχει μεταστατική διασπορά, αλλά η τοπική καταστροφή μπορεί να είναι σημαντική (Janner, 1997)□. Συνήθως κάποια από τα χαρακτηριστικά που έχουν τα βασικοκυτταρικά καρκινώματα είναι, λεία και γυαλιστερή επιφάνεια, υφή κεριού, συμπαγές και κόκκινο, πιθανή αιμορραγία, κρούστα στην επιφάνεια, αδυναμία πλήρους επούλωσης, φαγούρα και απουσία πόνου (Καρέλας, 2012)□.

Αντιθέτως το καρκίνωμα των πλακωδών κυττάρων είναι ένας τοπικά διηθητικός κακοήθης όγκος με μεγάλη πιθανότητα εξάπλωσης σε μακρινά μέρη του σώματος (Sánchez et al., 2016). Ο όγκος αυτός συνδυάζει τα συνηθισμένα χαρακτηριστικά της κακοήθειας, καταστροφή, διηθητική αύξηση, μεταστατική διασπορά και καχεξία με μια τάση προς την έντονη διαφοροποίηση των κυτταρικών του στοιχείων. Οι όγκοι αυτοί προτιμούν τα δερματοβλεννογόνια όρια. Ακανθοκυτταρικά καρκινώματα αναπτύσσονται γενικά σε δέρμα με χρόνια φλεγμονή ή εκφύλιση παρά σε υγιές δέρμα (Janner, 1997)□.

Το μελάνωμα εμφανίζεται στις περισσότερες περιπτώσεις σαν σπίλος ο οποίος πολλές φορές μπορεί να εμφανιστεί πιο σκούρος από τους συνηθισμένους με ανώμαλο περίγραμμα, μεγαλώνει γρήγορα και έχει δυσχρωμία (Μπακογιάννης, 2011)□. Ο όγκος αυτός είναι δυνατόν να παρατηρηθεί σε κάθε ηλικία, αλλά είναι σπάνιος πριν την εφηβεία και φτάνει τη μεγαλύτερη του συχνότητα κατά την έκτη

δεκαετία της ζωής. Το κακόηθες μελάνωμα είναι δυνατόν να αναπτυχθεί σε έδαφος εκφυλιζόμενων σπίλων ή κακοήθους φακής ή να εμφανιστεί σε φαινομενικά υγιές δέρμα. Είναι ο πιο κακόηθης από τους όγκους του ανθρώπου γενικότερα και η κλινική του πορεία δε μπορεί να προβλεφθεί. Τα μελανώματα μπορούν να εμφανιστούν ως κυκλικές ,νεφροειδείς ή πολυκυκλικές βλάβες. Το χρώμα μπορεί να ποικίλει από καστανόχρωμη έως μαύρη. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα είναι η ευθραυστότητα και η τάση για αιμορραγία, η οποία είναι εξαιρετικά μεγάλη ακόμα και σε πρώιμο στάδιο. Κατά Clark μπορούν να διακριθούν τρεις κλινικές μορφές το μελάνωμα κακοήθους φακής, το επιπολής επεκτεινόμενο μελάνωμα και το οζώδες μελάνωμα (Janner, 1997)□.

3.3 Διάγνωση

Για να πραγματοποιηθεί διάγνωση του καρκίνου του δέρματος απαιτείται ιστολογική εξέταση. Αρχικά βασίζεται στη κλινική εξέταση της βλάβης και επιβεβαιώνεται από την ιστοπαθολογία. Οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να διεξάγουν ιδανική συνολική εξέταση του δέρματος (Apalla et al., 2017)□. Πρέπει να γίνεται φυσική εξέταση από ειδικό ιατρό – δερματολόγο και στη συνέχεια βιοψία, με γνώμονα την συμβούλευση του. Είτε αυτή θα είναι να συνεχιστεί η παρακολούθηση μέσω συνεχών επισκέψεων ή να πραγματοποιηθεί κάποια τεχνική θεραπείας, όποια θεωρεί ο δερματολόγος ή ο χειρουργός πως είναι κατάλληλη (Μπακογιάννης, 2011)□.

Μελέτες δείχνουν πως η χρήση μη επεμβατικών οπτικών τεχνολογιών μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της διαγνωστικής ακρίβειας σε κάποιους τύπους καρκίνου του δέρματος. Μη επεμβατικές τεχνολογίες όπως για παράδειγμα η δερματοσκόπηση η οποία μας παρέχει απεικόνιση του δέρματος επιτρέποντας δηλώσεις σχετικά με τη πάχυνση των στρωμάτων, την επιδερμική οργάνωση και τα όρια μιας βλάβης (Apalla et al., 2017)□.

3.4 Σταδιοποίηση

Ο βασικοκυτταρικός και ο ακανθοκυτταρικός καρκίνος του δέρματος είναι οι πιο συχνοί αλλά και οι πιο δεκτικοί σε θεραπεία τύποι καρκίνου του δέρματος εάν φυσικά εντοπιστούν εγκαίρως και αφαιρεθούν. Το μελάνωμα ωστόσο αναπτύσσεται με πολύ γρήγορο ρυθμό και δίνει μεταστάσεις σε όλα τα μέρη του σώματος (Sánchez et al., 2016)□.

Η επιστημονική κοινότητα χρησιμοποιεί τη σταδιοποίηση του καρκίνου για να χαρακτηρίσει την κατάσταση του σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Επίσης για να αναγνωρίσει τον κίνδυνο, να διευκολύνει την πρόγνωση, και τη κλινική λήψη αποφάσεων όσον αφορά τη θεραπεία (Boland and Gershenwald, 2016)□.

Γενικότερα υπάρχουν 2 γνωστά συστήματα σταδιοποίησης τα οποία αφορούν μόνο το μελάνωμα. Το ένα σύστημα είναι η ταξινόμηση κατά Breslow το οποίο είναι ένα χρήσιμο μέτρο για το πόσο το μελάνωμα έχει εισβάλει στο σώμα. Η γνώση του βάθους του μελανώματος είναι χρήσιμη επειδή είναι σημαντική κατά την εξέταση της μελλοντικής θεραπείας. Έχει γίνει ευρέως γνωστό πως το πάχος είναι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας επιβίωσης όσον αφορά το δερματικό μελάνωμα. Ωστόσο δημιουργούνται ερωτηματικά ως προς αν το επίπεδο εισβολής του Clark κατέχει προγνωστική σημασία όταν έχει ληφθεί ήδη υπόψη το πάχος (Marghoob et al., 2000)□.□

Η σταδιοποίηση κατά τον Breslow διακρίνεται σε 4 στάδια και κρίνει το πάχος του μελανώματος στους ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα, το πάχος του Breslow μετρά σε χιλιοστά (1 mm ισούται με 0,04 ίντσες) την απόσταση μεταξύ του ανώτερου στρώματος της επιδερμίδας και του βαθύτερου σημείου της διείσδυσης του όγκου. Όσο λεπτότερο είναι το μελάνωμα, τόσο καλύτερη είναι η πιθανότητα θεραπείας. Επομένως, το πάχος του Breslow θεωρείται ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες στην πρόβλεψη της εξέλιξης της νόσου (Skin Cancer Foundation, 2010)□ .

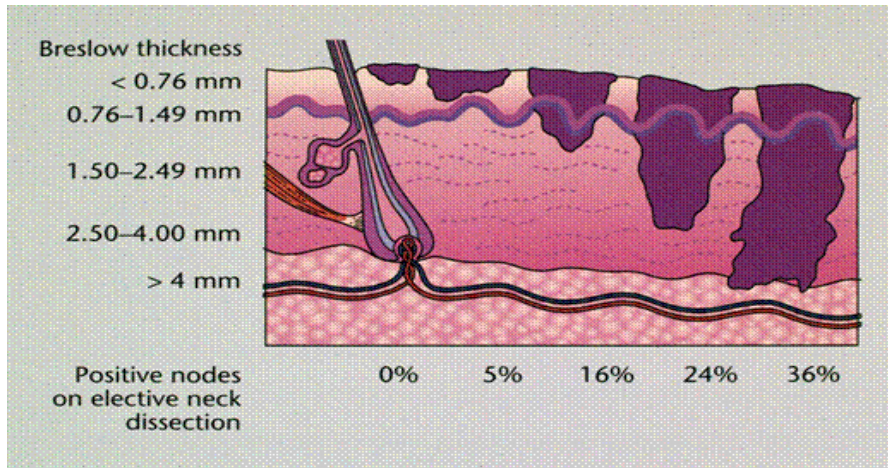
Τα στάδια αυτά είναι τα ακόλουθα:

Στάδιο I: < 0.75 mm, 95%

Στάδιο II: 0.75-1.49 mm 85%

Στάδιο III: 1.5-3.99 mm, 66%

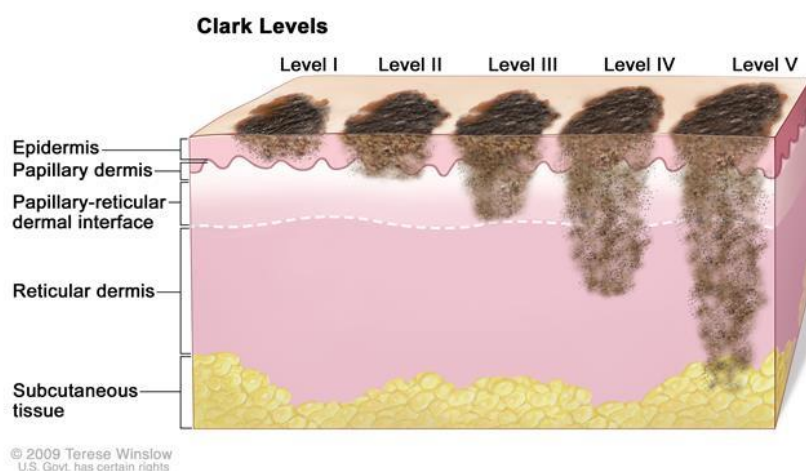
Στάδιο IV: ≥ 4.0 mm, 46% (Morton et al., 1993)□



Εικόνα 2 : Ταξινόμηση κατά Breslow

Η κλίμακα Clark διαθέτει 5 επίπεδα :

- Επίπεδο 1 : ονομάζεται μελάνωμα in situ – τα κύτταρα του μελανώματος εντοπίζονται στην επιδερμίδα, στο εξωτερικό στρώμα του δέρματος.
- Επίπεδο 2 : Τα κύτταρα μελανώματος εντοπίζονται κάτω από την επιδερμίδα στο επιφανειακό χόριο.
- Επίπεδο 3 : Τα κύτταρα βρίσκονται στο επόμενο στρώμα, το βαθύ χόριο.
- Επίπεδο 4 : Το μελάνωμα έχει εξαπλωθεί στο δικτυωτό χόριο.
- Επίπεδο 5 : Το μελάνωμα έχει εξαπλωθεί στον υποδόριο ιστό (UK, 2010) □.



Εικόνα 3 : Ταξινόμηση κατά Clark

Ένα επιπλέον σύστημα σταδιοποίησης έχει δημιουργηθεί από το αμερικανικό σύστημα κοινής επιτροπής για τον καρκίνο (AJCC), American Joint Committee of Cancer. Το σύστημα AJCC αποδίδει ένα στάδιο που βασίζεται σε βαθμολογίες όγκων, κόμβων, μεταστάσεων (TNM) και άλλους προγνωστικούς παράγοντες.

Το TNM σημαίνει "Όγκος, Κόμβος, Μετάσταση" (Boland and Gershenwald, 2016). □

Το (T) αντιστοιχεί στο Tumor που σημαίνει όγκος.

Ο όγκος περιγράφει το πάχος του μελανώματος και υπάρχουν 5 στάδια.

- T0 σημαίνει ότι δεν παρατηρούνται κύτταρα μελανώματος όπου ξεκίνησε το μελάνωμα (πρωτογενής θέση).
- Το T1 σημαίνει ότι το μελάνωμα έχει πάχος 1 mm ή λιγότερο.
- Το T2 σημαίνει ότι το μελάνωμα έχει πάχος μεταξύ 1 mm και 2 mm.
- Το T3 σημαίνει ότι το μελάνωμα έχει πάχος μεταξύ 2 mm και 4 mm.
- Το T4 σημαίνει ότι το μελάνωμα έχει πάχος μεγαλύτερο από 4 mm.

Το (N) αντιστοιχεί στο Numb που σημαίνει κόμβος και περιγράφει πόσο κοντά στους λεμφαδένες εντοπίζονται κύτταρα μελανώματος.

- N0 δεν υπάρχουν κύτταρα μελανώματος στους κοντινούς λεμφαδένες.
- N1 υπάρχουν κύτταρα μελανώματος σε έναν λεμφαδένα.
- N2 σημαίνει ότι υπάρχουν κύτταρα μελανώματος σε 2 ή 3 λεμφαδένες.
- N3 υπάρχουν κύτταρα μελανώματος σε 4 ή περισσότερους λεμφαδένες.

Το (M) αντιστοιχεί στο Metastasis που σημαίνει μετάσταση και περιγράφει πόσο έχει εξαπλωθεί σε διαφορετικά μέρη του σώματος ο καρκίνος.

Υπάρχουν δύο στάδια μετάστασης το M0 και M1:

- M0 ο καρκίνος δεν έχει εξαπλωθεί σε άλλο μέρος του σώματος.
- M1 ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί σε άλλο μέρος του σώματος.

Το M1 επίσης χωρίζεται σε επιπλέον στάδια με βάση το μέρος του σώματος που έχει εξαπλωθεί ο καρκίνος (UK, 2010) □.

4. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Με την πρόοδο που υπάρχει σήμερα στην ανίχνευση και θεραπεία των κακοηθών όγκων, έχουν γίνει γνωστοί πολλοί προγνωστικοί παράγοντες. Πολυάριθμα προγνωστικά μοντέλα έχουν αναπτυχθεί στη προσπάθεια να προβλεφθεί το πόσο έχει αναπτυχθεί και προχωρήσει η ασθένεια του καρκίνου. Τα προγνωστικά μοντέλα περιλαμβάνουν τους παρακάτω μεταβλητές:

- η ηλικία του ασθενούς
- η θέση του μελανώματος,
- το φύλο
- η εξέλιξη
- το πάχος του όγκου
- το επίπεδο της εισβολής

και άλλα ιστολογικά χαρακτηριστικά για την καλύτερη πρόβλεψη της έκβασης (Marghoob et al., 2000). Το πάχος είναι ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας στο πρωτογενές μελάνωμα (Leiter and Garbe, 2008)□.

5. ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη αποτελεί σημαντικό στοιχείο στη διαχείριση των NMSC και περιλαμβάνει μέτρα για την αποφυγή και τη μείωση των συνεπειών της έκθεσης στον ήλιο (Kornek and Augustin, 2013)□. Τα μέτρα αυτά διακρίνονται σε χημική προστασία και φυσικά εμπόδια. Η πρόληψη του καρκίνου του δέρματος θα έπρεπε να αποτελεί προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία. Ενώ οι γυναίκες έχουν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης μελανώματος για παράδειγμα, οι άνδρες έχουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας μελανώματος επομένως η πρόληψη του καρκίνου του δέρματος είναι και στα δύο φύλα εξίσου σημαντική (Kirk and Greenfield, 2017). Οι χημικοί παράγοντες προστασίας γνωστά ως αντηλιακά περιλαμβάνουν όλα τα προϊόντα που έχουν σχεδιαστεί για να μειώνουν την επαφή μεταξύ του δέρματος και της ακτινοβολίας UV. Η ικανότητα των αντηλιακών να εμποδίζουν τη ζημία που σχετίζεται με την ακτινοβολία UV μετράται από τον παράγοντα προστασίας από τον ήλιο (SPF). Εν συντομία, το SPF ορίζεται ως ο χρόνος που απαιτείται για την παραγωγή ηλιακού εγκαύματος κατά την εφαρμογή του αντηλιακού στο δέρμα, διαιρούμενο με το χρόνο που απαιτείται για να προκαλέσει ηλιακό έγκαυμα όταν δεν εφαρμόζεται τίποτα στο δέρμα. Ο παράγοντας προστασίας από τον ήλιο γίνεται αποδεκτός ως παγκόσμιο πρότυπο για την αξιολόγηση της προστασίας από τις ερυθρογόνες (ερυθρότητα) επιδράσεις της ακτινοβολίας UVB και UVA. Η αποτελεσματικότητα ενός αντηλιακού εξαρτάται από χαρακτηριστικά όπως τα ειδικά συστατικά, η γενική σύνθεση, η αντίσταση στο νερό, ο χρόνος κατά τον οποίο το ηλιακό φίλτρο έχει εκτεθεί στον ήλιο και η ποσότητα αντηλιακού που εφαρμόζεται (Sakai et al., 2012)□. Επίσης η χρήση αντηλιακών για τη προστασία από τον ήλιο απαιτεί δύο προϋποθέσεις, πρώτον να υπάρχουν επαρκείς ποσότητες της ουσίας που πρέπει να επανεφαρμόζονται με τη κατάλληλη συχνότητα επανεφαρμογής και δεύτερον να υπάρχει αποτελεσματική κάλυψη όλων των εκτεθειμένων στο ήλιο περιοχών (Pratt et al., 2017).

Τα φυσικά εμπόδια μπορούν επίσης να βοηθήσουν στην πρόληψη και στην ελαχιστοποίηση των επιβλαβών επιπτώσεων της ακτινοβολίας UV (Gasparro et al., 1998)□□. Τα φυσικά εμπόδια περιλαμβάνουν φωτοπροστασία με ειδικά ρούχα από διαφορετικά υλικά, τα οποία παρέχουν προστασία τόσο από την ακτινοβολία UVB όσο και από την UVA ακτινοβολία. Ο πολυεστέρας είναι το υλικό με την υψηλότερη ικανότητα απορρόφησης υπεριώδους φωτός, ενώ το βαμβάκι έχει τη χαμηλότερη

χωρητικότητα. Ομοίως, τα καπέλα μπορούν να παρέχουν προστασία στην κεφαλή και τον λαιμό ανάλογα με το μέγεθος και το σχήμα τους και τα υλικά από τα οποία κατασκευάζονται. Τα γυαλιά ηλίου και παρόμοιες συσκευές επικεντρώνονται στην πρόληψη των NMSC στην περιφερική περιοχή, συνήθως στο κατώτερο βλέφαρο και την εσωτερική άκρη, και οι δύο περιοχές είναι εκτεθειμένες στην ηλιακή ακτινοβολία. Η αποτελεσματικότητά τους μπορεί να εξαρτάται από το μέγεθος, το σχήμα και την ικανότητά τους να αποκλείουν την ακτινοβολία UV[□]. Τέλος, η ενεργή αναζήτηση σκιάς είναι φυσικό φράγμα, όπως η χρήση των σκηνών και των ομπρελών όταν βρίσκονται σε εξωτερικούς χώρους. Αυτά θα μπορούσαν να παρέχουν σημαντική προστασία από την υπεριώδη ακτινοβολία χωρίς τροποποίηση της έκθεσης σε ορατό φως (Sánchez et al., 2016)[□]. Στοιχεία δείχνουν ότι η εφαρμογή εκστρατειών ευαισθητοποίησης του καρκίνου του δέρματος αυξάνει το ποσοστό εκτομής καλοηθών αλλοιώσεων. Ενώ τα ποσοστά βιοψίας στις Ηνωμένες Πολιτείες αυξήθηκαν κατά 50% μεταξύ 2002-2008, τα ποσοστά μελανώματος κατά την ίδια περίοδο αυξήθηκαν μόνο κατά 4% (Gilmore, 2017)[□]. Παρά τη πρόοδο της ενημέρωσης για τις επιπτώσεις των βλαβών από την υπεριώδη ακτινοβολία του ήλιου, η επίπτωση συνεχίζει να αυξάνεται. Πρέπει να υπάρξουν περισσότερες παρεμβάσεις, όπως σεμινάρια ενημέρωσης, διαδραστικές παρουσιάσεις, να υπάρξει νέα πολιτική ενημέρωσης στα σχολεία των επιπτώσεων του καρκίνου του δέρματος, καθώς και των τεχνικών πρόληψης. Είναι απαραίτητη η ευαισθητοποίηση και ακόμα περισσότερο των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων. Ειδικότερα τα τελευταία χρόνια όπου ο ήλιος είναι πλέον επικίνδυνος, λόγω του φαινομένου του θερμοκηπίου, ο καρκίνος του δέρματος έχει πλέον αποκτήσει το κατάλληλο περιβάλλον για την ανάπτυξη του. Οι συνήθειες και ο τρόπος ζωής των πληθυσμιακών ομάδων όσον αφορά τον ήλιο είναι απαραίτητο να αλλάξουν καθώς αυτό απαιτούν πλέον οι περιβαλλοντικές συνθήκες.

6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Διάφορες συντηρητικές και χειρουργικές προσεγγίσεις έχουν αξιολογηθεί μέχρι και σήμερα με σκοπό τη θεραπεία των MM και NMSC καρκινωμάτων. Η ιστοπαθολογία χρησιμοποιείται ως πρότυπο κατά τη διάρκεια της καθημερινής κλινικής πρακτικής, προκειμένου να βελτιωθούν οι θεραπευτικές προσεγγίσεις σε ασθενείς με NMSC και MM και να κατανοηθούν τα ξεχωριστά ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά του NMSC (Paolino et al., 2017)□. Η επιλογή της θεραπείας βασίζεται στον τύπο, το μέγεθος, τη περιοχή και το βάθος διήθησης του όγκου. Επίσης από την ηλικία του ασθενούς, τη γενική κατάσταση της υγείας του, και ανάλογα της εμφάνισης του όγκου συνιστάται η ενδεδειγμένη θεραπεία (Emmanouil, 2010)□.

6.1 Θεραπεία – Συντηρητική

Η **ακτινοβολία** είναι μία συντηρητική μέθοδος θεραπείας. Περιλαμβάνει ακτίνες χ οι οποίες στοχεύουν τον όγκο. Για να καταστραφεί ολοκληρωτικά ο όγκος με αυτή τη τεχνική απαιτεί μια σειρά συνεδριών για μερικές εβδομάδες. Η συγκεκριμένη τεχνική χρησιμοποιείται κυρίως σε περιστατικά ηλικιωμένων ή άτομα με επιβαρυσμένη υγεία ή σε όγκους που δύσκολα αφαιρούνται χειρουργικά. Εμφανίζει περίπου 90% ποσοστό επιτυχίας, ωστόσο μπορεί να προκύψουν προβλήματα από τη συνεχή έκθεση στη ραδιενέργεια λόγω των επαναλαμβανόμενων συνεδριών που απαιτεί η θεραπεία.

Η **φωτοδυναμική θεραπεία (PDT)** χρησιμοποιείται συνήθως σε ασθενείς με βασικοκυτταρικά καρκινώματα. Αποτελείται από έναν φωτοευαίσθητο παράγοντα ο οποίος εφαρμόζεται τοπικά στους όγκους και απορροφάται από αυτούς. Στη συνέχεια οι όγκοι εκτίθενται σε ένα δυνατό φως το οποίο ενεργοποιεί τον παράγοντα και έτσι καταστρέφονται επιλεκτικά τα βασικοκυτταρικά καρκινώματα χωρίς καμία βλάβη στον γύρω ιστό. Το ποσοστό επιτυχίας κυμαίνεται μεταξύ 70%-90% και μετά τις συνεδρίες οι ασθενείς αντιμετωπίζουν τοπική φωτοευαισθησία για 48 ώρες και δεν θα

πρέπει να υπάρχει έκθεση στον ήλιο.

Στην **αφαίρεση με Laser** χρησιμοποιείται ένα laser από διοξείδιο του άνθρακα το οποίο αφαιρεί την εξωτερική στιβάδα του δέρματος έχοντας ταυτόχρονα τη δυνατότητα να προχωρήσει όσο βαθιά χρειάζεται. Συνήθως χρησιμοποιείται ως δεύτερη επιλογή, μετά από τη δοκιμή άλλων θεραπειών που έχουν ήδη αποτύχει. Τα ποσοστά επιτυχίας επίσης κυμαίνονται μεταξύ 70%-90%.

Τέλος ως συντηρητική τεχνική θεραπείας χρησιμοποιείται η **τοπική εφαρμογή φαρμάκων** όπως διαλύματα, τοπικές κρέμες και γέλες. Για παράδειγμα χρησιμοποιείται η ιμοκιμόνη (Imiquimod) σε επιφανειακές βλάβες βασικοκυτταρικού καρκίνου με ποσοστό επιτυχίας 80%-90%. Το πρώτο από τα φάρμακα που ρυθμίζει το ανοσοποιητικό σύστημα με σκοπό το σώμα να παράγει ιντερφερόνη (interferon), ένα χημικό το οποίο επιτίθεται στα καρκινικά κύτταρα (Emmanouil, 2010)□.

6.2 Θεραπεία – Χειρουργική

Η χειρουργική αποτελεί το βασικότερο κομμάτι της θεραπείας όταν αναφερόμαστε σε οποιοδήποτε τύπο καρκίνου. Πιο συγκεκριμένα για το καρκίνο του δέρματος υπάρχουν οι παρακάτω χειρουργικές τεχνικές.

Η **χειρουργική αφαίρεση** περιλαμβάνει τοπική αναισθησία καθώς χρησιμοποιείται νυστέρι για να αφαιρεθεί ολόκληρος ο όγκος μέχρι τα όρια υγιούς δέρματος. Ο όγκος που αφαιρέθηκε στέλνεται για βιοψία ώστε να γίνει γνωστό πως τα καρκινικά κύτταρα έχουν αφαιρεθεί. Το ποσοστό επιτυχίας είναι 90%.

Η **μικρογραφική χειρουργική με μέθοδο Mohs** απαιτεί επίσης τοπική αναισθησία ωστόσο στη συγκεκριμένη περίπτωση αφαιρείται ο όγκος μαζί με ένα πολύ λεπτό στρώμα, του γύρω ιστού του, το οποίο στέλνεται για εξέταση ενώ ο ασθενής περιμένει και αν δείξει ότι υπάρχουν ακόμα καρκινικά κύτταρα στον ιστό, επαναλαμβάνεται η ίδια διαδικασία μόνο στη περιοχή που εντοπίστηκαν μέχρι να

αναγνωριστεί μόνο υγιής ιστός. Με τη μέθοδο αυτή μπορούμε να σώσουμε υγιή ιστό και το ποσοστό ίασης ανέρχεται στο 99%. Χρησιμοποιείται συχνά σε βασικοκυτταρικούς όγκους που βρίσκονται σε περιοχές μεγάλης σημασίας και σε υποτροπιάζοντες όγκους ή σε δύσκολες περιοχές όπως γύρω από τα μάτια, μύτη, χείλη και αυτιά (Emmanouil, 2010)□.

Η **κρυοχειρουργική** χρησιμοποιεί υγρό άζωτο το οποίο εφαρμόζεται στον όγκο και τον καταστρέφει με ψύξη, χωρίς τομή και χωρίς αναισθησία. Υπάρχει η δυνατότητα επανάληψης της διαδικασίας στην ίδια συνεδρία μέχρι την ολική καταστροφή του όγκου. Ο όγκος καλύπτεται από κρούστες που στην συνέχεια αποκολλούνται σε διάστημα μερικών εβδομάδων. Είναι μια τεχνική που προτιμάται σε ασθενείς με δυσανεξία στην αναισθησία ή αιμορραγικές διαταραχές με ποσοστό επιτυχίας 85%-90% και εξαρτάται από την εμπειρία του γιατρού.

Τέλος είναι η **απόξεση και ηλεκτροκαυτηρίαση (Διαθερμοπηξία)**. Με τοπική αναισθησία αφαιρείται ο όγκος χρησιμοποιώντας ένα ξέστρο (μυτερό, στρογγυλού σχήματος εργαλείο). Η θερμότητα που παράγεται με την βοήθεια μιας βελόνας διαθερμοπηξίας, καταστρέφει τα υπολείμματα του όγκου και ελέγχει την αιμορραγία. Η διαδικασία αυτή μπορεί να επαναληφθεί πολλές φορές στην ίδια συνεδρία όπως και στη κρυοχειρουργική, μέχρι να καταστραφούν όλα τα καρκινικά κύτταρα. Το ποσοστό ίασης αυτής της τεχνικής ανέρχεται στο ίδιο με τη χειρουργική αφαίρεση, ωστόσο σε επιθετικά βασικοκυτταρικά καρκινώματα ή καρκινώματα που βρίσκονται σε επικίνδυνα σημεία μπορεί να μην είναι χρήσιμη (Emmanouil, 2010)□.

B' ΜΕΡΟΣ

1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ο καρκίνος του δέρματος είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας το οποίο μπορεί να προληφθεί μέσα από τη συμπεριφορά των νοσηλευτών. Έρευνες ωστόσο έδειξαν πως οι νοσηλευτές στη Τουρκία δεν έχουν την απαραίτητη γνώση σχετικά με τον καρκίνο του δέρματος και τα χαρακτηριστικά του. Λόγω αυτού η ενημέρωση που παρέχουν στους ασθενείς τους χαρακτηρίζεται ελλιπής.

Ως αποτέλεσμα παρατηρείται ανεπαρκής προστασία από το υπεριώδες φως, το πρωταρχικό παράγοντα κινδύνου για τον καρκίνο του δέρματος. Ενώ έδειξαν μια υπεύθυνη στάση απέναντι στην αποφυγή ηλιακού εγκαύματος και την ανάγκη για επαρκή προστασία από τον ήλιο, δεν εκτιμούν πλήρως τον βαθμό στον οποίο ο ήλιος μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του δέρματος και δεν έχουν πλήρη κατανόηση σχετικά με την ανάγκη προστασίας της επιδερμίδας από την καύση και αποφυγή μακροχρόνιας έκθεσης στον ήλιο □□(Andsoy et al., 2013)□

Η αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του δέρματος οδήγησε σε σημαντικότερες προσπάθειες δευτερογενούς πρόληψης, με επίκεντρο την εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού κλάδου στην εκτίμηση κινδύνου, αναγνώριση αλλοιώσεων της επιδερμίδας και στην αφαίρεση ύποπτων αλλοιώσεων. Η ανίχνευση του καρκίνου του δέρματος σε πρώιμο στάδιο είναι σημαντική, για να μπορέσει να υπάρξει ευνοϊκή πρόγνωση □ □

Οι νοσηλευτές ως η μεγαλύτερη ομάδα επαγγελματιών υγείας, που συναντάμε στη πρώτη γραμμή επαφής με ασθενείς, μπορούν να διαδραματίσουν πολύ σημαντικό ρόλο στον έλεγχο του καρκίνου του δέρματος. Μια μελέτη έδειξε πως μια ομάδα νοσηλευτών με ελάχιστη εκπαίδευση είχε ποσοστό επιτυχίας 95% σε σχέση με μια ομάδα χειρουργών εντοπίζοντας δερματικές αλλοιώσεις στην ίδια ομάδα ασθενών. Μέσα από τέτοιες μελέτες φαίνεται πως οι νοσηλευτές είναι ο καλύτερος τρόπος για να αποσυμφορηθεί το σύστημα υγείας κάθε χώρας. Ο νοσηλευτής ερχόμενος σε επαφή με τον ασθενή πραγματοποιεί μια φυσική εξέταση μέσω της οποίας μπορεί να αναγνωρίσει δερματικές αλλοιώσεις και βλάβες και να τον παραπέμψει σε ειδικευμένο γιατρό. Συλλέγει το ιστορικό του ασθενή, παρέχει ζωτικής σημασίας συμβουλές και μπορεί να τον εκπαιδεύσει ώστε να αναγνωρίζει ο ίδιος τυχόν

αλλοιώσεις στο δέρμα του και να αναζητήσει βοήθεια. Με τον τρόπο αυτό γίνεται έγκαιρη διάγνωση σε πρώιμα στάδια. Επίσης μειώνεται ο φόρτος εργασίας των χειρουργών και οι ασθενείς λαμβάνουν έγκαιρη εξέταση και κατά συνέπεια έγκαιρη θεραπευτική αγωγή (Katriss et al., 1998)□.

□

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε μια μελέτη δεν ήταν να κάνει διάγνωση τον καρκίνο του δέρματος, αλλά να μην χάσει βλάβες που απαιτούσαν περαιτέρω εξειδικευμένη εξέταση (Katriss et al., 1998)□.

Πλέον ο νοσηλευτής έχει αποκτήσει σημαντικότερο ρόλο στη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του δέρματος. Πιο συγκεκριμένα στην Αγγλία ο νοσηλευτής είναι ικανός να πραγματοποιεί βιοψία σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του δέρματος ή εμφανίζουν συμπτώματα και πρότυπα καρκίνου του δέρματος. Πριν από την εισαγωγή του ρόλου του νοσηλευτή βιοψίας υπήρξε μια αναμονή 8 εβδομάδων για μια βιοψία από τον γιατρό και μία ακόμη παραμονή 8 εβδομάδων για την απομάκρυνση του όγκου. Τώρα, ένας ασθενής με υποψία καρκίνου του δέρματος μπορεί να κάνει βιοψία κατά την πρώτη επίσκεψη στην κλινική, μειώνοντας την αναμονή από 8 εβδομάδες έως 0 εβδομάδες. Αυτή η μείωση του χρόνου αναμονής διευκολύνει τη βελτίωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας από τον καρκίνο του δέρματος (Godsell, 2005)□.□

Η προχωρημένη νοσηλευτική έχει παρατηρηθεί πως συσχετίζεται με υψηλό δείκτη ικανοποίησης των ασθενών. Ο νοσηλευτικός κλάδος ασχολείται πολύ περισσότερο με την έρευνα νέων οδών φροντίδας και τη βελτίωση των οδών που ήδη χρησιμοποιούνται. Καταλαμβάνουν περισσότερες θέσεις με ηγετικό ρόλο και οι νοσηλευτές με εξειδίκευση στο καρκίνο του δέρματος, διευρύνουν τις γνώσεις τους και τους ρόλους στο αντικείμενο τους χρησιμοποιώντας τεχνικά μέσα. Ένας εξειδικευμένος νοσηλευτής είναι εκπαιδευμένος να αναγνωρίζει σημεία και πρότυπα του καρκίνου του δέρματος, να λάβει το ιστορικό του ασθενή και της οικογενείας, εξοικειωμένος με διαγνωστικά εργαλεία αλλά έχει και τη δυνατότητα να εκπαιδεύσει

και να συμβουλέψει τους ασθενείς όσον αφορά τη περιποίηση, τη πρόληψη και την αυτοεξέταση (Godsell, 2005)□.

Ο ρόλος του νοσηλευτή αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της διάγνωσης και της διαχείρισης του καρκίνου του δέρματος και με στόχο τη πρόληψη έχουν δημιουργήσει εκπαιδευτικά προγράμματα με επίκεντρο τους παράγοντες κινδύνου και προληπτικά μέτρα. Οι νοσηλευτές εκπαιδεύουν τους ασθενείς αλλά και τις οικογένειες τους σχετικά με την υπεριώδη ακτινοβολία. Διδάσκουν τρόπους αποφυγής της ακτινοβολίας UVR όπως προστατευτικό ρουχισμό, χρήση αντηλιακών και αυτό-εξετάσεις (Lucas et al., 2016)□.□

Οι νοσηλευτές λειτουργούν ως μέσο διαλογής και είναι υπεύθυνοι για την αρχική αξιολόγηση και τον εντοπισμό δερματικών αλλοιώσεων. Εάν παρατηρηθεί ύποπτη δερματική βλάβη, ζητείται ιατρική γνωμάτευση και ορίζεται η κατάλληλη μέθοδος θεραπείας. Μια τυπική νοσηλευτική διάγνωση χαρακτηρίζεται ως μια κλινική κρίση, ενώ η ιατρική διάγνωση εστιάζει στη διαδικασία της νόσου. Οι νοσηλευτές με εξειδίκευση στο καρκίνο του δέρματος πιο συχνά εξετάζουν ασθενείς που έχουν επιστρέψει στη κλινική για επαναληπτικό έλεγχο, για τυχόν υποτροπή της νόσου. Σε νέους ασθενείς, ψάχνουν στοιχεία που να υποδεικνύουν νέα ασθένεια και ασχολούνται με την εκπαίδευση των ασθενών και τη προαγωγή της υγείας χρησιμοποιώντας ως μέσο τη πρόληψη (Hewitt et al., 2007)□.

Το πάχος η το βάθος του δερματικού μελανώματος σχετίζεται άμεσα με τη συνολική επιβίωση. Με βάση το παραπάνω δημιουργήθηκε το ABCDE A = asymmetry, B = border irregularity, C = color variegation, D = diameter $\geq 6\text{mm}$, E (evolving) ως εργαλείο για τον εντοπισμό του μελανώματος σε πρώιμο στάδιο, το οποίο διευκολύνει το έργο των γιατρών και νοσηλευτών (Lucas et al., 2016)□□

Επίσης η κατανόηση του τι πρέπει να αναζητηθεί, του φυσιολογικού, και του τι πρέπει να αναφερθεί σε έναν ειδικό, δίνει στους κοινοτικούς νοσηλευτές την ικανότητα εκτίμησης της ηλικίας του δέρματος. Οι έλεγχοι υγείας του δέρματος πρέπει να γίνουν κανονικό μέρος της παρακολούθησης της υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (Wheeler, 2009)□.

□

3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο νοσηλευτής αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της διαδικασίας της θεραπείας του καρκίνου του δέρματος. Ασχολείται με τη διαχείριση των συμπτωμάτων, τη διαχείριση του πόνου, την αξιολόγηση αναγκών, παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και κοινωνικής βοήθειας, με σκοπό τη διατήρηση ή βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή (Σαπουντζή Κ. Δ., 2004). □

Στην Αγγλία λόγω φόρτου εργασίας των ιατρών, υπάρχει πλέον νοσηλευτής βιοψίας, ο οποίος πραγματοποιεί βιοψίες ασθενών και τους παραδίδει ο ίδιος τα αποτελέσματα. Γενικότερα ο νοσηλευτής εκτελεί τη διαδικασία της χημειοθεραπείας μετά από ιατρική εντολή, χορηγώντας τα απαραίτητα φάρμακα και ελέγχοντας τη συμπεριφορά του ασθενή κατά τη διάρκεια. Παρακολουθεί για τυχόν επιπλοκές και επιπτώσεις των φαρμάκων στον οργανισμό ενημερώνοντας τον ιατρό και εκτελώντας τις σχετικές οδηγίες του. Χορηγεί υγρά και ηλεκτρολύτες με βάση την έλλειψη και την ανάγκη του ασθενή τις οποίες έχει κρίνει ο ιατρός και φροντίζει ο ασθενής να τρέφεται σύμφωνα με τις οδηγίες που έχει λάβει.

Σε αυτή τη περίοδο είναι σημαντική η ψυχολογική κατάσταση του ασθενή, καθώς βιώνει πολλά άσχημα συναισθήματα, λόγω της αλωπεκίασης και της κόπωσης, ο νοσηλευτής με την απαραίτητη ενημέρωση μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να το ξεπεράσει. Ενημερώνει τον ασθενή για πιθανές επιπτώσεις της αγωγής που λαμβάνει, της χημειοθεραπείας, , όπως πιθανοί έμετοι, αλωπεκίαση, και προτείνει λύσεις όπως τη χρήση καπέλων, περούκας, μαντηλιών και κατάλληλων σαμπουάν (Σαπουντζή Κ. Δ., 2004) □.

Όταν η μορφή θεραπείας που χρησιμοποιείται είναι η ακτινοθεραπεία είναι πιθανόν να παρουσιαστούν ορισμένες παρενέργειες που καλείται να αντιμετωπίσει ο νοσηλευτής επίσης. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει ξηρότητα, ερυθρότητα και απολέπιση στις περιοχές που ακτινοβολείται ενέργεια, και το άτομο μετά την αγωγή εκπέμπει το ίδιο ακτινοβολία. 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 η

χορήγηση αναλγητικών με ιατρική εντολή. Ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνει για το πρόγραμμα νοσηλείας και να παρέχει προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα στον ασθενή (Σαχινη - Καρδαση Α. and Πανου Μ., 2006)□.

4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η αποκατάσταση του ασθενή αποτελεί σημαντικό κομμάτι του έργου ενός νοσηλευτή. Ο ρόλος ενός νοσηλευτή είναι να συμβουλεύει, να εκπαιδεύει και να συντονίζει. Οι νοσηλευτές που εργάζονται στα πλαίσια προγραμμάτων για τη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των επιζώντων του καρκίνου του δέρματος μπορούν να παράσχουν μια αποτελεσματική παρέμβαση για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Wakiyama et al., 2017).

Νοσηλευτές έχουν πάρει μέρος σε πολλές έρευνες που αφορούσαν την αποκατάσταση των ασθενών που έχουν ξεπεράσει τον καρκίνο, καθώς αυτοί διατηρούν τις περισσότερες επαφές με τους ασθενείς. Η ζωή τους αλλάζει ριζικά μόλις διαγνωστούν με καρκίνο και όχι μόνο όσον αφορά τον αγώνα που πρέπει να δώσουν για να τον ξεπεράσουν αλλά και τη προσπάθεια που θα χρειαστεί για την ομαλή τους ένταξη στο κοινωνικό σύνολο. Ένας ασθενής ξεπερνώντας τον καρκίνο συνεχίζει τη ζωή του με ένα φόβο, μια αβεβαιότητα για το μέλλον, και το τι θα ακολουθήσει. Με αυτούς τους φόβους και τις ανησυχίες ασχολείται ο νοσηλευτής. Μέσω της επικοινωνίας με τον ασθενή ο νοσηλευτής, μπορεί να κρίνει σε τι ψυχική κατάσταση βρίσκεται το άτομο και τι ανάγκες έχει. Με βάση το ιστορικό, και το κοινωνικό περίγυρο του, μπορεί να τον παραπέμψει στους κατάλληλους φορείς. Ασθενείς με αίσθημα παραμέλησης μετά το τέλος της ενεργής τους φροντίδας, ανησυχίες για την επιστροφή στη καθημερινότητα ή για το επόμενο βήμα, τους παραπέμπει σε ειδικό ψυχολόγο ή ομάδα υποστήριξης (Hewitt et al., 2007)□. Ο κοινωνικός περίγυρος είναι μεγάλο κομμάτι της αποκατάστασης και ο νοσηλευτής εκτός από την εκπαίδευση του ίδιου του ασθενή, πρέπει να εκπαιδεύσει και να συμβουλέψει και την οικογένεια. Οι οικογένειες των επιζώντων χαρακτηρίζονται επίσης ως δευτερεύοντες επιζώντες, καθώς δίνουν και αυτοί τον αγώνα τους για τη στήριξη του ανθρώπου τους (Steyn and Green, 2018). Γενικότερα ένας νοσηλευτής μπορεί να συμβάλει στη διαδικασία της αποκατάστασης με τη παραπομπή σε ψυχολόγους, τη χορήγηση ενημερωτικών φυλλαδίων, ρύθμιση των ραντεβού των ασθενών για επαναληπτικούς ελέγχους πριν αφήσουν το χώρο του νοσοκομείου, επικοινωνία και συζήτηση με την οικογένεια του ατόμου, και χορήγηση γραπτού πλάνου για τα επόμενα βήματα (Hewitt et al., 2007)□.

□□

Γ' ΜΕΡΟΣ

ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

1. Skin cancer : Epidemiology, disease burden, pathophysiology, diagnosis and therapeutic approaches.

Abstract

Skin cancer, including both melanoma and non-melanoma, is the most common type of malignancy in the Caucasian population. First, we examine the evidence for the observed increase in the incidence of skin cancer in recent decades and examine whether it is a real increase or a presumption of greater screening and overdiagnosis. Prevention strategies are also described. Second, the complexities and challenges faced in the diagnosis and development of therapeutic strategies for skin cancer are discussed. Basic case studies are outlining the practical challenges of choosing the most appropriate treatment for patients with skin cancer. Third, we consider the potential risks and benefits of increased sun exposure. However, it is debated whether avoiding sun exposure in order to reduce the risk of skin cancer may be less important than reducing the mortality of each cause, as sun exposure also offers some benefits. Finally, common questions about papillomavirus infection by humans are examined.

Key words : Dermatology, Diagnosis, Disease burden, Epidemiology, Skin cancer, Therapy, Treatment

Περίληψη

Ο καρκίνος του δέρματος, συμπεριλαμβανομένου τόσο του μελανώματος όσο και του μη μελανώματος, είναι ο πιο κοινός τύπος κακοήθειας στον Καυκάσιο πληθυσμό. Πρώτον, εξετάζονται τα στοιχεία για την παρατηρούμενη αύξηση της συχνότητας της εμφάνισης του καρκίνου του δέρματος τις τελευταίες δεκαετίες και εξετάζεται εάν πρόκειται για μια πραγματική αύξηση ή ένα τεκμήριο μεγαλύτερης διαλογής και υπερδιάγνωσης. Περιγράφονται επίσης στρατηγικές πρόληψης. Δεύτερον, συζητούνται οι πολυπλοκότητες και οι προκλήσεις που αντιμετωπίζονται κατά τη διάγνωση και την ανάπτυξη θεραπευτικών στρατηγικών για τον καρκίνο του δέρματος. Παρουσιάζονται βασικές μελέτες περιπτώσεων που υπογραμμίζουν τις προκλήσεις της επιλογής της καταλληλότερης θεραπείας για ασθενείς με καρκίνο του δέρματος. Τρίτον, εξετάζονται πιθανοί κίνδυνοι και οφέλη από την αυξημένη έκθεση στον ήλιο. Ωστόσο, συζητείται αν η αποφυγή έκθεσης στον ήλιο, προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος καρκίνου του δέρματος, μπορεί να είναι λιγότερο σημαντική από τη μείωση της θνησιμότητας κάθε αιτίας, καθώς η έκθεση στον ήλιο προσφέρει και κάποια οφέλη. Τέλος, εξετάζονται συνηθισμένες ερωτήσεις σχετικά με τη μόλυνση από ιό θηλώματος από τον άνθρωπο.

Λέξεις - κλειδιά : Δερματολογία, διάγνωση, επιβάρυνση νόσου, επιδημιολογία, καρκίνος του δέρματος, θεραπεία, θεραπευτική αγωγή

2. Histology of non – melanoma skin cancers : An update

Abstract

Non - melanoma skin cancer (NMSC) is the most commonly diagnosed cancer in humans. Several different skin cancers other than melanoma have been reported in the literature, with several histological variants often causing significant differential diagnoses with other skin tumors. Basal cell carcinoma (BCC) is the most common malignant tumor of the skin with different histologic variants, more or less aggressive behavior and which can usually be confused with other primitive skin tumors. Radial keratosis, Bowen's disease, corneal carcinoma and invasive squamous cell carcinoma (SCC) correspond to the other line of the NMSC, which may have only local cancerous behavior, easy treatment and local treatment or a more aggressive behavior with possible metastatic spread, as in the case of penetrating SCC. Therefore, histopathology serves as a gold standard during daily clinical practice in order to improve treatment approaches in patients with NMSC and to understand the individual histopathological features of NMSC.

Key words : basal cell carcinoma, diagnosis, non-melanoma skin cancers, pathology, squamous cell carcinoma

Περίληψη

Ο μη - μελανωματικός καρκίνος του δέρματος (NMSC) είναι ο πιο συχνά διαγνωσμένος καρκίνος στους ανθρώπους. Αρκετοί διαφορετικοί καρκίνοι του δέρματος εκτός του μελανώματος έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία, με αρκετές ιστολογικές παραλλαγές που συχνά προκαλούν σημαντικές διαφορικές διαγνώσεις. Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα (BCC) είναι ο συνηθέστερος κακοήθης όγκος του δέρματος, με διαφορετικές ιστολογικές παραλλαγές που σχετίζονται με μια μεγαλύτερη ή λιγότερο επιθετική συμπεριφορά και που συνήθως μπορεί να συγχέεται με άλλους πρωτόγονους δερματικούς όγκους. Η ακτινική κεράτωση, η νόσος του Bowen, το κερατοακάνθωμα και το διηθητικό πλακώδες καρκίνωμα (SCC) αντιστοιχούν στην άλλη γραμμή του NMSC, που μπορεί να έχει μόνο τοπική καρκινική συμπεριφορά, εύκολη θεραπεία και τοπική αντιμετώπιση ή μια πιο επιθετική συμπεριφορά με πιθανή μεταστατική εξάπλωση, όπως στην περίπτωση της διεισδυτικής SCC. Ως εκ τούτου, η ιστοπαθολογία χρησιμεύει ως χρυσό πρότυπο κατά τη διάρκεια της καθημερινής κλινικής πρακτικής, προκειμένου να βελτιωθούν οι θεραπευτικές προσεγγίσεις σε ασθενείς με NMSC και να κατανοηθούν τα ξεχωριστά ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά του NMSC.

Λέξεις – κλειδιά

Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, διάγνωση, μη – μελανωματικοί καρκίνοι του δέρματος, παθολογία, ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα

3. Melanoma screening : informing public health policy with quantitative modeling.

Abstract

Australia and New Zealand share the highest rates of melanoma worldwide. In Australia, increased mortality has led researchers to question the relative advantages of primary versus secondary prevention. Meaning reasonable sun exposure practices in relation to early detection. Increased awareness of melanoma on the part of the public and among physicians has led to large increases in public health spending, mainly due to selection costs and increased rates of office surgery. Unfortunately, epidemiological studies examining the causal link between the level of secondary prevention and mortality are difficult to implement - it is not currently known whether increased melanoma monitoring reduces mortality and if so, if such an approach is cost effective. Here we deal with the issue of secondary prevention of melanoma in relation to the incidence and mortality by developing a Markov model of melanoma epidemiology based on the incidence and mortality data in Australia. In the case of melanoma, the application of the model facilitates the quantification of the relative efficacy and compensation associated with different levels of secondary and tertiary prevention, both retrospectively and prospectively.

Περίληψη

Η Αυστραλία και η Νέα Ζηλανδία μοιράζονται τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης μελανώματος παγκοσμίως. Στην Αυστραλία η αυξημένη θνησιμότητα οδήγησε τους ερευνητές να αμφισβητήσουν τα σχετικά πλεονεκτήματα της πρωτογενούς έναντι της δευτερογενούς πρόληψης. Δηλαδή, πρακτικές έκθεσης στον ήλιο σε σχέση με την έγκαιρη ανίχνευση. Η αυξημένη επαγρύπνηση του μελανώματος εκ μέρους του κοινού και μεταξύ των γιατρών έχει οδηγήσει σε μεγάλες αυξήσεις στις δαπάνες για τη δημόσια υγεία, κυρίως λόγω του κόστους επιλογής και των αυξημένων ποσοστών χειρουργικής επέμβασης γραφείου. Δυστυχώς οι επιδημιολογικές μελέτες που εξετάζουν την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ του επιπέδου της δευτερογενούς πρόληψης και της θνησιμότητας είναι δύσκολο να εφαρμοστούν - δεν είναι επί του παρόντος γνωστό αν η αυξημένη παρακολούθηση μελανώματος μειώνει τη θνησιμότητα και εάν ναι, εάν μια τέτοια προσέγγιση είναι οικονομικά αποδοτική. Εδώ ασχολούμαστε με το ζήτημα της δευτερογενούς πρόληψης του μελανώματος σε σχέση με την επίπτωση και τη θνησιμότητα αναπτύσσοντας ένα μοντέλο Markov, της επιδημιολογίας του μελανώματος που βασίζεται στα δεδομένα επίπτωσης και θνησιμότητας στην Αυστραλία. Στην περίπτωση του μελανώματος, η εφαρμογή του μοντέλου διευκολύνει την ποσοτικοποίηση της σχετικής αποτελεσματικότητας και αντιστάθμισης που συνδέονται με διαφορετικά επίπεδα δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης, τόσο αναδρομικά όσο και προοπτικά.

4. UV imaging reveals facial areas that are prone to skin cancer are disproportionately missed during sunscreen application.

Abstract

The use of sunscreen is a widely used mechanism to protect the skin from the harmful effects of ultraviolet light. However, protection can only be achieved by effective application and areas that are usually lost are likely to be at increased risk of UV damage. Here, it's determined whether specific areas of the face are lost during sun protection and whether public health information is sufficient to improve coverage. Analyzes revealed that the eyelid areas were not proportionally reached during sunscreen application. The provision of health information has led to a significant improvement in eyelid coverage in general. These data revealed that a public health announcement type intervention could be effective in improving coverage of high risk areas of the face, however high risk areas are likely to remain unprotected, so other sun protection mechanisms should be widely promoted, such as sunglasses that block UV light.

Περίληψη

Η χρήση αντηλιακού είναι ένας ευρέως χρησιμοποιούμενος μηχανισμός για την προστασία του δέρματος από τις βλαβερές επιδράσεις του υπεριώδους φωτός. Εντούτοις, η προστασία μπορεί να επιτευχθεί μόνο με αποτελεσματική εφαρμογή και οι περιοχές που συνήθως χάνονται είναι πιθανό να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο βλάβης από την υπεριώδη ακτινοβολία. Εδώ προσδιορίζεται εάν χάνονται συγκεκριμένες περιοχές του προσώπου κατά τη διάρκεια της εφαρμογής αντηλιακής προστασίας και αν η παροχή πληροφοριών για τη δημόσια υγεία επαρκεί για τη βελτίωση της κάλυψης. Οι αναλύσεις αποκάλυψαν ότι οι περιοχές των βλεφάρων δεν επιτυγχάνονταν ανάλογα κατά τη διάρκεια της εφαρμογής αντηλιακού. Η παροχή πληροφοριών για την υγεία προκάλεσε σημαντική βελτίωση στην κάλυψη των βλεφάρων γενικότερα. Αυτά τα στοιχεία αποκαλύπτουν ότι μια παρέμβαση τύπου αναγγελίας δημόσιας υγείας θα μπορούσε να είναι αποτελεσματική στη βελτίωση της κάλυψης των περιοχών υψηλού κινδύνου του προσώπου, ωστόσο οι περιοχές υψηλού κινδύνου είναι πιθανό να παραμείνουν απροστάτευτες, επομένως πρέπει να προωθηθούν ευρέως άλλοι μηχανισμοί προστασίας από τον ήλιο, όπως γυαλιά ηλίου που εμποδίζουν την υπεριώδη ακτινοβολία.

5. Sun protection for preventing basal and squamous cell skin cancers.

Abstract

"Keratinocyte cancer" is now the preferred term for non-melanoma skin cancers (NMSC). Keratinocytic carcinoma (KC) accounts for about 95% of malignant skin tumors. Lifestyle changes have led to increased exposure to the sun, which in turn has led to a significant increase in new cases of KC, with a worldwide annual incidence of between 3% and 8%. Successful use of preventive measures could mean a significant reduction in the resources used by health systems compared to the high costs of dealing with these conditions. At present, there is no information on the quality of evidence for the use of these sun protection strategies, with an assessment of their benefits and risks. To assess the effects of sun protection strategies on the prevention of keratinocyte cancer, five trial recordings and literature of the studies were investigated for further references to relevant trials. This study compares the daily application of sunscreens compared to the discreet use of sunscreen, with or without beta-carotene administration, in the general population. This evaluation evaluated the effect of sun protection on the prevention of new cases of keratinocyte cancer. A study that was suitable for inclusion was found. This was a sunscreen study, so we can't evaluate other forms of sun protection. The study covered our predetermined primary outcomes, but not most of the secondary outcomes. We cannot prove the available evidence that sunscreen was effective in preventing basal cell carcinoma (BCC) or plasma cell carcinoma (SCC).

Περίληψη

Ο «καρκίνος κερατινοκυττάρων» είναι πλέον ο προτιμώμενος όρος για τους καρκίνους του δέρματος χωρίς μελανώματα (NMSC). Ο καρκίνος κερατινοκυττάρων (KC) αντιπροσωπεύει περίπου το 95% κακοήθων δερματικών όγκων. Οι αλλαγές στον τρόπο ζωής έχουν οδηγήσει σε αυξημένη έκθεση στον ήλιο, γεγονός που με τη σειρά του οδήγησε σε σημαντική αύξηση νέων κρουσμάτων KC, με παγκόσμια ετήσια επίπτωση μεταξύ 3% και 8%. Η επιτυχής χρήση των προληπτικών μέτρων θα μπορούσε να σημαίνει σημαντική μείωση των πόρων που χρησιμοποιούνται από τα συστήματα υγείας, σε σύγκριση με το υψηλό κόστος αντιμετώπισης αυτών των καταστάσεων. Επί του παρόντος, δεν υπάρχουν πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων για τη χρήση αυτών των στρατηγικών προστασίας από τον ήλιο, με αξιολόγηση των οφελών και των κινδύνων τους. Για να εκτιμηθούν οι επιδράσεις των στρατηγικών προστασίας από τον ήλιο για την πρόληψη του καρκίνου των κερατινοκυττάρων αναζητήθηκαν πέντε δοκιμαστικά μητρώα και οι βιβλιογραφίες των μελετών για περαιτέρω αναφορές σε σχετικές δοκιμές. Αυτή η μελέτη συνέκρινε την καθημερινή εφαρμογή αντηλιακών σε σύγκριση με τη διακριτική χρήση αντηλιακού, με ή χωρίς χορήγηση βήτα-καροτίνης, στο γενικό πληθυσμό. Σε αυτή την ανασκόπηση αξιολογήθηκε η επίδραση της ηλιακής προστασίας στην πρόληψη της εμφάνισης νέων περιπτώσεων καρκίνου κερατινοκυττάρων. Βρέθηκε μία μελέτη που ήταν κατάλληλη για συμπερίληψη. Αυτή ήταν μια μελέτη των αντηλιακών, έτσι δεν μπορέσαμε να αξιολογήσουμε άλλες μορφές προστασίας από τον ήλιο. Η μελέτη κάλυψε τα προκαθορισμένα πρωτεύοντα αποτελέσματά μας, αλλά όχι τα περισσότερα δευτερεύοντα αποτελέσματα. Δεν μπορούσαμε να αποδείξουμε από τα διαθέσιμα στοιχεία εάν το αντηλιακό ήταν αποτελεσματικό για την πρόληψη του καρκινώματος των βασικών κυττάρων (BCC) ή του καρκίνου του δέρματος των πλακωδών κυττάρων (SCC).

6. Anatomy, skin (Integument) Epidermis.

Abstract

The skin is the largest organ in the body. It covers the entire outer surface of the body, which serves as a first-rate barrier against pathogens, ultraviolet light and chemicals and provides a mechanical barrier to injury. It also regulates the temperature and amount of water released to the environment. Thickness of the skin: The hairy skin of the palms of the hands and the soles of the feet are thick skin, referring to the thickness of the skin. The skin cells are: keratinocytes, melanocytes, Langerhans cells and Merkel cells. Melanin is mainly found in the base layer and protects against ultraviolet radiation.

Περίληψη

Το δέρμα είναι το μεγαλύτερο όργανο στο σώμα. Καλύπτει ολόκληρη την εξωτερική επιφάνεια του σώματος, που χρησιμεύει ως εμπόδιο πρώτης τάξεως κατά των παθογόνων παραγόντων, του υπεριώδους φωτός και των χημικών ουσιών και παρέχει μηχανικό φραγμό στον τραυματισμό. Ρυθμίζει επίσης τη θερμοκρασία και την ποσότητα νερού που απελευθερώνεται στο περιβάλλον. Το τριχωτό δέρμα των παλαμών των χεριών και τα πέλματα των ποδιών είναι παχύ δέρμα, αναφερόμενο στο πάχος της επιδερμίδας. Τα κύτταρα της επιδερμίδας είναι : κερατινοκύτταρα, μελανοκύτταρα, κύτταρα Langerhans και κύτταρα Merkel. Η μελανίνη βρίσκεται κυρίως στο βασικό στρώμα και προστατεύει από την υπεριώδη ακτινοβολία.

7. Initial basal cell carcinomas diagnosed in the national campaign for skin cancer prevention are smaller than those identified by the conventional medical referral system.

Abstract

The basal cell carcinomas found in prevention campaigns that refer to surgery are unknown if they are smaller than those usually removed at a medical institution. The study included tumors from the 2011-2014 campaigns and 84 outpatient anatomical reports. The campaigns identified 223 people with suspected lesions from 2,531 tests (9%), with 116 basal cell carcinomas removed. Anatomical examinations showed that the major injuries found in the national campaigns were less than those reported in conventional public health surgeries. On the other hand, after median follow-up, 31% of cases identified in campaigns showed new basal cell carcinoma lesions. NCSCP promotes an earlier treatment of basal cell carcinomas compared to patients referred to conventional public healthcare pathways, which may lead to lower morbidity rates and better prognosis.

Περίληψη

Τα καρκινώματα των βασικών κυττάρων που εντοπίζονται στις εκστρατείες πρόληψης και αναφέρονται σε χειρουργική επέμβαση είναι άγνωστο αν είναι μικρότερα από εκείνα που συνήθως απομακρύνονται σε έναν ιατρικό ίδρυμα. Η μελέτη περιελάμβανε όγκους από τις εκστρατείες για το 2011-2014 και 84 ανατομικές αναφορές εξωτερικών ασθενών. Οι καμπάνιες εντόπισαν 223 άτομα με ύποπτες βλάβες από 2.531 εξετάσεις (9%), με 116 καρκινώματα βασικών κυττάρων να απομακρύνονται. Οι ανατομικές εξετάσεις έδειξαν ότι οι κύριες βλάβες που εντοπίστηκαν στις εθνικές εκστρατείες ήταν μικρότερες από εκείνες που αναφέρθηκαν σε χειρουργικές επεμβάσεις από τις συμβατικές οδούς δημόσιας υγείας. Από την άλλη πλευρά, μετά από μέση παρακολούθηση, το 31% των περιπτώσεων που εντοπίστηκαν σε εκστρατείες έδειξε νέες αλλοιώσεις καρκινώματος βασικών κυττάρων. Το NCSCP προωθεί μια προηγούμενη θεραπεία καρκινωμάτων βασικών κυττάρων σε σύγκριση με τους ασθενείς που αναφέρονται σε χειρουργική επέμβαση από τις συμβατικές οδούς δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και καλύτερη πρόγνωση.

8. General practitioner management related to skin cancer prevention and screening during standard medical encounters : a French cross-sectional study based on the International Classification of Primary Care.

Abstract

The purpose of this study was to evaluate general practitioner management practices regarding the prevention and control of skin cancer during routine medical contacts. Data on medical meetings dealing with skin cancer were obtained from a French database containing information from routine primary care consultations. Reasons for appointments and following care procedures were recorded: counseling, clinical examinations and follow-up. Skin cancer medical appointments were compared to medical appointments that addressed other health problems using a multivariate analysis. Only 0.7% of medical contacts had skin cancer issues. When patients required management of a skin cancer related problem, this was more likely to be initiated by the physician. Patients with skin cancer problems were referred to a specialist more often than patients who received advice on other health problems. Doctors biopsied 6.7% of all skin cancer appointments. This study demonstrates the differences between the high prevalence of skin cancer and the low rate of medical contacts that address these issues in general practice.

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογήσει τις πρακτικές διαχείρισης γενικού ιατρού σχετικά με την πρόληψη και τον έλεγχο του καρκίνου του δέρματος κατά τη διάρκεια συνήθων ιατρικών επαφών. Τα δεδομένα σχετικά με τις ιατρικές συσκέψεις που ασχολούνται με θέματα καρκίνου του δέρματος ελήφθησαν από μια γαλλική βάση δεδομένων που περιέχει πληροφορίες από συνηθισμένες διαβουλεύσεις πρωτοβάθμιας φροντίδας. Καταγράφηκαν λόγοι για τις συναντήσεις και τις ακόλουθες διαδικασίες φροντίδας: συμβουλευτική, κλινικές εξετάσεις και παραπομπή σε ειδικό. Οι ιατρικές συσκέψεις που ασχολούνται με θέματα καρκίνου του δέρματος συγκρίθηκαν με ιατρικές συσκέψεις που αντιμετώπισαν άλλα προβλήματα υγείας χρησιμοποιώντας μια ανάλυση πολλαπλών μεταβλητών. Μόνο το 0,7% των ιατρικών επαφών αντιμετώπισε θέματα καρκίνου του δέρματος. Όταν οι ασθενείς απαιτούσαν τη διαχείριση ενός σχετικού με τον καρκίνο του δέρματος προβλήματος, αυτό ήταν πιο πιθανό να ξεκινήσει από τον γιατρό. Οι ασθενείς που παρουσιάζουν προβλήματα με τον καρκίνο του δέρματος αναφέρθηκαν σε έναν ειδικό πιο συχνά από τους ασθενείς που έλαβαν συμβουλές για άλλα προβλήματα υγείας. Οι θεράποντες ιατροί πραγματοποίησαν βιοψία στο 6,7% όλων των συναντήσεων που σχετίζονται με τον καρκίνο του δέρματος. Αυτή η μελέτη καταδεικνύει τις διαφορές μεταξύ του υψηλού επιπολασμού του καρκίνου του δέρματος και του χαμηλού ποσοστού ιατρικών επαφών που αντιμετωπίζουν τα θέματα αυτά στη γενική πρακτική.

9. Perspectives on Post-Treatment Cancer Care: Qualitative Research With Survivors, Nurses, and Physicians

Abstract

Cancer survivors have many medical and psychosocial needs that are unaddressed in the post-treatment period. Qualitative research was carried out to assess how a survivorship care plan created by oncologists could improve the quality of survivorship care. Focus groups and interviews conducted with cancer survivors, nurses, primary care physicians, and oncologists provide insights into post-treatment follow-up practices and the acceptability and feasibility of providing survivors and referring physicians with a cancer survivorship care plan. Cancer survivors reported satisfaction with post-treatment medical care, but felt that their psychosocial needs were not met. Survivors expressed enthusiastic support for receipt of a follow-up care plan. Primary care physicians viewed themselves as playing an important role during the post-treatment period and indicated that a written care plan for follow-up would help them improve their survivorship practices. Nurses recognized the need to improve the care of cancer survivors and suggested that they could play an active role in creating and implementing cancer survivorship plans. Physicians providing oncology care acknowledged the value of survivorship care plans, but were not inclined to complete them because such plans would not reduce other reporting and communication requirements and would be burdensome to complete given their busy schedules. Survivorship care planning is viewed favorably by nurses, and physicians, however there are several barriers to its adoption. Barriers may be overcome with: electronic medical records, changes in reporting requirements of insurers, advocacy on the part of patients, and incorporation of care planning in education and training programs.

Περίληψη

Οι επιζώντες του καρκίνου έχουν πολλές ιατρικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες που δεν επιδέχονται θεραπεία κατά την περίοδο μετά τη θεραπεία. Πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα για να εκτιμηθεί πώς ένα σχέδιο φροντίδας επιβίωσης που δημιουργήθηκε από τους ογκολόγους θα μπορούσε να βελτιώσει την ποιότητα της φροντίδας επιβίωσης. Οι ομάδες εστίασης και οι συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν με επιζώντες καρκίνου, γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ογκολόγους παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τις πρακτικές παρακολούθησης μετά τη θεραπεία και την αποδοχή και σκοπιμότητα παροχής στους επιζώντες και τους αναφερόμενους γιατρούς σχεδίου επιβίωσης καρκίνου. Οι επιζώντες του καρκίνου ανέφεραν ικανοποίηση για την ιατρική περίθαλψη μετά τη θεραπεία, αλλά θεώρησαν ότι οι ψυχοκοινωνικές τους ανάγκες δεν πληρούνται. Οι επιζώντες εξέφρασαν την ενθουσιώδη υποστήριξή τους για τη λήψη ενός σχεδίου φροντίδας παρακολούθησης. Οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης θεωρούν ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο κατά την περίοδο μετά τη θεραπεία και ανέφεραν ότι ένα γραπτό σχέδιο περίθαλψης για παρακολούθηση θα τους βοηθούσε να βελτιώσουν τις πρακτικές επιβίωσης τους. Οι νοσηλευτές αναγνώρισαν την ανάγκη να βελτιωθεί η φροντίδα των επιζώντων που πάσχουν από καρκίνο και πρότειναν ότι θα μπορούσαν να διαδραματίσουν ενεργό ρόλο στη δημιουργία και την εφαρμογή σχεδίων επιβίωσης από τον καρκίνο. Οι γιατροί που παρέχουν ογκολογική περίθαλψη αναγνώρισαν την αξία των σχεδίων φροντίδας επιζώντων, αλλά δεν τείνουν να τις ολοκληρώνουν επειδή τέτοια σχέδια δεν θα μείωναν άλλες απαιτήσεις αναφοράς και επικοινωνίας και θα ήταν επαχθή για να ολοκληρωθούν δεδομένου του πολυάσχολου χρονοδιαγράμματος. Ο προγραμματισμός της φροντίδας επιβίωσης αντιμετωπίζεται ευνοϊκά από τους νοσηλευτές και τους γιατρούς, ωστόσο υπάρχουν αρκετά εμπόδια για την υιοθέτησή του. Τα εμπόδια μπορεί να ξεπεραστούν με ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία, αλλαγές στις απαιτήσεις υποβολής εκθέσεων των ασφαλιστών, υπεράσπιση των ασθενών και ενσωμάτωση του σχεδιασμού περίθαλψης στα προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης.

10. The Intersection of Cancer and Aging: Establishing the Need for Breast Cancer Rehabilitation

Abstract

The increasing success of treatments for common cancers has resulted in growing awareness of the unique health care needs of cancer survivors. Cancer treatments can be toxic and have long-lasting effects on health, potentially accelerating the aging process and producing associated declines in physical function. In this synthesis of the literature, we critically examine the strength of existing evidence that breast cancer diagnosis and treatment are associated with a disproportionate decline in physical function compared with the effects of living without cancer for the same number of years. There is some observational epidemiologic evidence that women treated for breast cancer report greater declines in physical function than their peers. Discerning the factors associated with such declines and their clinical significance remains to be addressed. Physiologic, psychological, and behavioral changes associated with both aging and cancer treatment are reviewed. Parallels are proposed between existing preventive and rehabilitative programs and possibilities for similar interventions aimed at preventing, reversing, or halting declines in physical function in cancer survivors. Finally, a research program is proposed to evaluate whether there are any subsets of breast cancer survivors that require preventive or remedial treatment.

Περίληψη

Η αυξανόμενη επιτυχία των θεραπειών για κοινούς καρκίνους έχει οδηγήσει στην αύξηση της συνειδητοποίησης των μοναδικών αναγκών υγείας των επιζώντων που πάσχουν από καρκίνο. Οι θεραπείες για τον καρκίνο μπορεί να είναι τοξικές και να έχουν μακροχρόνιες επιπτώσεις στην υγεία, ενδεχομένως επιταχύνοντας τη διαδικασία γήρανσης και προκαλώντας σχετική πτώση της φυσικής λειτουργίας. Σε αυτή τη σύνθεση της βιβλιογραφίας, εξετάζουμε κριτικά τη δύναμη των υφιστάμενων στοιχείων ότι η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου του μαστού συνδέονται με δυσανάλογη μείωση της σωματικής λειτουργίας σε σύγκριση με τις επιπτώσεις της ζωής χωρίς καρκίνο για τον ίδιο αριθμό ετών. Υπάρχουν μερικές παρατηρητικές επιδημιολογικές ενδείξεις ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία για καρκίνο του μαστού αναφέρουν μεγαλύτερες μειώσεις στη φυσική λειτουργία από ότι οι συνομήλικοί τους. Διακρίνονται οι παράγοντες που σχετίζονται με αυτές τις μειώσεις και η κλινική τους σημασία παραμένει να αντιμετωπιστεί. Εξετάζονται οι φυσιολογικές, ψυχολογικές και συμπεριφορικές αλλαγές που συνδέονται με τη γήρανση και τη θεραπεία του καρκίνου. Παράλληλα προτείνονται μεταξύ υφισταμένων προληπτικών και αποκαταστατικών προγραμμάτων και δυνατοτήτων, παρόμοιες παρεμβάσεις με στόχο την πρόληψη, την αναστροφή ή την ανάσχεση της μείωσης της φυσικής λειτουργίας σε επιζώντες που πάσχουν από καρκίνο. Τέλος, προτείνεται πρόγραμμα έρευνας για να αξιολογηθεί εάν υπάρχει κάποιο υποσύνολο επιζώντων καρκίνου του μαστού για τους οποίους απαιτείται πρόληψη ή αποκατάσταση της πτώσης της λειτουργικής κατάστασης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 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 : APJCP*, 14(12), 7663–7668. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24460350>
- Apalla, Z., Nashed, D., Weller, R. B., & Castellsagué, X. (2017). Skin Cancer: Epidemiology, Disease Burden, Pathophysiology, Diagnosis, and Therapeutic Approaches. *Dermatology and Therapy*, 7(Suppl 1), 5–19. <https://doi.org/10.1007/s13555-016-0165-y>
- Boland, G. M., & Gershenwald, J. E. (2016). Principles of Melanoma Staging. *Cancer Treatment and Research*, 167, 131–148. https://doi.org/10.1007/978-3-319-22539-5_5
- Cardoso, F. A. de M. E. S., Mesquita, G. V., Campelo, V., Martins, M. do C. de C. E., Almeida, C. A. P. L., Rabelo, R. S., ... Santos, J. L. O. Dos. (2017). Prevalence of photoprotection and its associated factors in risk group for skin cancer in Teresina, Piauí. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 92(2), 206–210. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20174831>
- Clin Exp Dermatol Res, J. (2011). Skin Cancer Nurses - A Screening Role. *J Clin Exp Dermatol Res*. <https://doi.org/10.4172/2155-9554.1000130>
- Fore, J. (2006). A review of skin and the effects of aging on skin structure and function. *Ostomy/Wound Management*.
- Gasparro, F. P., Mitchnick, M., & Nash, J. F. (1998). A Review of Sunscreen Safety and Efficacy. *Photochemistry and Photobiology*. American Society for Photobiology. <https://doi.org/10.1111/j.1751-1097.1998.tb09677.x>
- Gilaberte, Y., Prieto-Torres, L., Pastushenko, I., & Juarranz, Á. (2016). Anatomy and Function of the Skin. In *Nanoscience in Dermatology*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-802926-8.00001-X>
- Gilmore, S. (2017). Melanoma screening: Informing public health policy with quantitative modelling. *PLOS ONE*, 12(9), e0182349. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182349>
- Godsell, G. A. (2005). The development of the nurse biopsy role. *British Journal of Nursing*, 14(13), 690–692. <https://doi.org/10.12968/bjon.2005.14.13.18443>
- Gonzales, K. A. U., & Fuchs, E. (2017). Skin and Its Regenerative Powers: An

Alliance between Stem Cells and Their Niche. *Developmental Cell*.
<https://doi.org/10.1016/j.devcel.2017.10.001>

- Hajdu, S. I. (2011). A note from history: Landmarks in history of cancer, part 1. *Cancer*, 117(5), 1097–1102. <https://doi.org/10.1002/cncr.25553>
- Hajdu, S. I. (2012). A note from history: Landmarks in history of cancer, part 4. *Cancer*, 118(20), 4914–4928. <https://doi.org/10.1002/cncr.27509>
- Hewitt, M. E., Bamundo, A., Day, R., & Harvey, C. (2007). Perspectives on Post-Treatment Cancer Care: Qualitative Research With Survivors, Nurses, and Physicians. *J Clin Oncol*, 25, 2270–2273. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.10.0826>
- Huler, I., Skol, A. D., Gamazon, E. R., Cox, N. J., & Onel, K. (2017). Integrative genetic analysis suggests that skin color modifies the genetic architecture of melanoma. *PLoS One*, 12(10), e0185730. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185730>
- Janner, K. (1997). *Κακοηθείς ογκοί* (Β'). Ιατρικές εκδόσεις Λιτσας.
- Katris, P., Donovan, R. J., & Gray, B. N. (1998). Nurses screening for skin cancer: An observation study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22(3), 381–383. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.1998.tb01395.x>
- Keith L. Moore, Arthur F. Dalley, A. M. R. A. (2012). *Κλινική Ανατομία* (2η). Cyprus: Broken hill publishers LTD.
- Khavkin, J., & Ellis, D. A. F. (2011). Aging Skin: Histology, Physiology, and Pathology. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.fsc.2011.04.003>
- Kirk, L., & Greenfield, S. (2017). Knowledge and attitudes of UK university students in relation to ultraviolet radiation (UVR) exposure and their sun-related behaviours: a qualitative study. *BMJ Open*, 7(3), e014388. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014388>
- Kolarsick, P. A. J., Kolarsick, M. A., & Goodwin, C. (2011). Anatomy and Physiology of the Skin. *Journal of the Dermatology Nurses' Association*, 3(4), 203–213. <https://doi.org/10.1097/JDN.0b013e3182274a98>
- Kornek, T., & Augustin, M. (2013). Prävention von Hauttumoren. *JDDG - Journal of the German Society of Dermatology*, 11(4), 283–298. <https://doi.org/10.1111/ddg.12066>
- Leiter, U., & Garbe, C. (2008). Epidemiology of Melanoma and Nonmelanoma Skin Cancer—The Role of Sunlight. In *Sunlight, Vitamin D and Skin Cancer* (pp. 89–103). New York, NY: Springer New York.

https://doi.org/10.1007/978-0-387-77574-6_8

- Lois J. Loescher, P. R. (n.d.). Advances in Skin Cancer: Focus on Melanoma.
- Lucas* , A. S., & , Esther Chung, Michael A. Marchetti, A. A. M. (n.d.). A guide for dermatology nurses to assist in the early detection of skin cancer. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2016, Vol. <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n10p71>
- Mahendraraj, K., Sidhu, K., Lau, C. S. M., McRoy, G. J., Chamberlain, R. S., & Smith, F. O. (2017). Malignant Melanoma in African-Americans: A Population-Based Clinical Outcomes Study Involving 1106 African-American Patients from the Surveillance, Epidemiology, and End Result (SEER) Database (1988-2011). *Medicine*, 96(15), e6258. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000006258>
- Marghoob, A. A., Koenig, K., Bittencourt, F. V., Kopf, A. W., & Bart, R. S. (2000). Breslow thickness and Clark level in melanoma. *Cancer*, 88(3), 589–595. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0142\(20000201\)88:3<589::AID-CNCR15>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(20000201)88:3<589::AID-CNCR15>3.0.CO;2-I)
- McGrath, J. A., Eady, R. A. J., & Pope, F. M. (2004). Anatomy and Organization of Human Skin. *Rook's Textbook of Dermatology*. <https://doi.org/10.1002/9780470750520.ch3>
- Montagna, E., & Lopes, O. S. (2017). Molecular basis of basal cell carcinoma. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 92(4), 517–520. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20176544>
- Morton, D. L., Davtyan, D. G., Wanek, L. A., Foshag, L. J., & Cochran, A. J. (1993). Multivariate analysis of the relationship between survival and the microstage of primary melanoma by Clark level and Breslow thickness. *Cancer*, 71(11), 3737–3743. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8490924>
- Pakzad, R., Soltani, S., & Salehiniya, H. (2015). Epidemiology and trend in skin cancer mortality in Iran. *Journal of Research in Medical Sciences : The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 20(9), 921–922. <https://doi.org/10.4103/1735-1995.170637>
- Paolino, G., Donati, M., Didona, D., Mercuri, S. R., & Cantisani, C. (2017). Histology of Non-Melanoma Skin Cancers: An Update. *Biomedicines*, 5(4). <https://doi.org/10.3390/biomedicines5040071>
- Penny Emmanouil, M. (2010). ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ - SkinCancer.org. Retrieved February 7, 2018, from <https://www.skincancer.org/gr-GR/basal-cell-carcinoma>

- Porceddu, S. V. (2015). Prognostic Factors and the Role of Adjuvant Radiation Therapy in Non-Melanoma Skin Cancer of the Head and Neck. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 35, e513–e518. https://doi.org/10.14694/EdBook_AM.2015.35.e513
- Pratt, H., Hassanin, K., Troughton, L. D., Czanner, G., Zheng, Y., McCormick, A. G., & Hamill, K. J. (2017). UV imaging reveals facial areas that are prone to skin cancer are disproportionately missed during sunscreen application. *PloS One*, 12(10), e0185297. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185297>
- Rat, C., Houd, S., Gaultier, A., Grimault, C., Quereux, G., Mercier, A., ... Nguyen, J. M. (2017). General practitioner management related to skin cancer prevention and screening during standard medical encounters: a French cross-sectional study based on the International Classification of Primary Care. *BMJ Open*, 7(1), e013033. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013033>
- Sakai, M., Kakutani, S., Horikawa, C., Tokuda, H., Kawashima, H., Shibata, H., ... Sasaki, S. (2012). Arachidonic acid and cancer risk: A systematic review of observational studies. *BMC Cancer*, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-12-606>
- Sánchez, G., Nova, J., Rodriguez-Hernandez, A. E., Medina, R. D., Solorzano-Restrepo, C., Gonzalez, J., ... Arevalo-Rodriguez, I. (2016). Sun protection for preventing basal cell and squamous cell skin cancers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD011161. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011161.pub2>
- Sánchez G, A.-R. I. (2016). Cochrane Database of Systematic Reviews Sun protection for preventing basal cell and squamous cell skin cancers (Review). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011161.pub2>
- Schmitz, K. H., Cappola, A. R., Stricker, C. T., Sweeney, C., & Norman, S. A. (2007). The Intersection of Cancer and Aging: Establishing the Need for Breast Cancer Rehabilitation. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-06-0980>
- Skin Cancer Foundation. (2010). Melanoma. Retrieved from <https://www.skincancer.org/skin-cancer-information/melanoma/>
- Steyn, H., & Green, S. (2018). SURVIVING A LARYNGECTOMY: THE VIEWS OF POST-OPERATIVE CANCER PATIENTS AND THEIR FAMILIES. *Social Work*, 54(2). <https://doi.org/10.15270/54-2-635>
- UK, C. R. (2010). Clark and Breslow staging. Retrieved from <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/melanoma/stages-types/clark-breslow-staging>
- Wheeler, T. (2009). The role of skin assessment in older people. *British*

Journal of Community Nursing, 14(9), 380–384.
<https://doi.org/10.12968/bjcn.2009.14.9.43804>

- Ye, H., & De, S. (2017). Thermal injury of skin and subcutaneous tissues: A review of experimental approaches and numerical models. *Burns*.
<https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.11.014>
- Yousef, H., & Sharma, S. (2017). *Anatomy, Skin (Integument), Epidermis*. StatPearls. StatPearls Publishing. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29262154>
- Yousef, H., & Sharma, S. (2018). *Anatomy, Skin (Integument), Epidermis*. StatPearls.
- Καρέλας Λάμπρος. (2012). Καρκίνος δέρματος προσώπου, κεφαλής, τραχήλου. - ΛΑΜΠΡΟΣ ΚΑΡΕΛΑΣ Ωτορινολαρυγγολόγος - Χειρουργός Κεφαλής και Τραχήλου Ειδικευθείς στην ΩΡΛ Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Μετεκπαιδευθείς στη Γερμανία HNO Κλινική του Πανεπιστημίου Ερλάνγκεν Νυρεμβέργη. ΩΡΛ Κέντρο Καρδίτσα. Retrieved February 7, 2018, from <https://sites.google.com/site/orlkarelas/karkinos-dermatos-prosopou-kephales-trachelou>
- Μπακογιάννης Ανδρέας. (2011). Καρκίνος δέρματος - ΑΝΔΡΕΑΣ ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗΣ MD Γενικός Χειρουργός. Retrieved February 7, 2018, from <http://www.absurgery.gr/patheseis-dermatos-onychon/karkinos-dermatos>
- Σαπουντζή Κ. Δ. (2004). *Χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική Φροντίδα (B')*. Θεσσαλονίκη: Ελλην.
- Σαχινη - Καρδαση Α., & Πανου Μ. (2006). *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες*.
- Εικόνα 1: Ανατομία του δέρματος. (n.d.). Retrieved from https://www.bestrong.org.gr/pictures/original/b_5593_or_cdr0000579033-full.jpg
- Εικόνα 2: Ταξινόμηση κατά Breslow. (n.d.). Retrieved from <https://www.curemelanoma.org/assets/Uploads/resampled/ResizedImageWzQwMCwzODZd/MRA18574-BreslowDepthFig-V2-Hex.png>
- Εικόνα 3: Ταξινόμηση κατά Clark. (n.d.). Retrieved from <https://www.cancer.gov/images/cdr/live/CDR630443-750.jpg>

