



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

### «Καρκίνος του Δέρματος και Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις»



Φοιτήτρια: Ευθυμία Παπαθανασοπούλου (Α.Μ.17339)

Εισηγήτρια: Λευκοθέα Ματσούλη

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2020

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	3
ABSTRACT.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	5
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ .....	5
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ .....	7
<b>Α΄ ΜΕΡΟΣ</b> .....	
1.ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ .....	9
2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ .....	12
3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	13
3.1 Αίτια .....	13
3.2 Κλινική εικόνα .....	14
3.3 Διάγνωση .....	17
3.4 Σταδιοποίηση .....	18
4. ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	22
5. ΠΡΟΛΗΨΗ.....	23
6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	25
6.1 Συντηρητική θεραπεία .....	25
6.2 Χειρουργική θεραπεία .....	25
<b>Β΄ ΜΕΡΟΣ</b> .....	
1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	27
2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ .....	28
3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	29
4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ .....	31
<b>Γ΄ ΜΕΡΟΣ</b> .....	
ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ .....	34
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	54

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του δέρματος είναι συχνό φαινόμενο που προκαλείται κυρίως από την υπεριώδη ηλικιακή ακτινοβολία, τα εγκαύματα και από τη χρήση των ραδιενεργών φαρμάκων από τους επαγγελματίες υγείας. Διακρίνεται σε καλοήθη και κακοήθη νεοπλασμάτα. Υπάρχουν τρεις τύποι καρκίνου του δέρματος: το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα και το μελάνωμα. Τα δύο πρώτα έχουν καλή πρόγνωση αν διαγνωσθούν έγκαιρα καθώς έχουν εντοπισμένη εμφάνιση. Αντίθετα, το μελάνωμα είναι το πιο θανατηφόρο. Γενικά, ο καρκίνος του δέρματος έχει ραγδαία αύξηση τα τελευταία χρόνια.

Η παρούσα εργασία αποτελεί βιβλιογραφική αναζήτηση των τελευταίων δέκα χρόνων. Απαρτίζεται από τρία μέρη. Αρχικά, γίνεται αναφορά στην εισαγωγή η οποία περιλαμβάνει στην ιστορική αναδρομή και τα επιδημιολογικά δεδομένα. Το Α' μέρος αποτελείται την ανατομία, τη φυσιολογία, την παθολογία, τα αίτια, την κλινική εικόνα, τη διάγνωση, τη σταδιοποίηση, τη πρόγνωση, τη πρόληψη καθώς και στη θεραπεία (συντηρητική, χειρουργική) του καρκίνου του δέρματος. Στο Β' μέρος αναλύεται η εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση, στη θεραπεία και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Τέλος, στο Γ' μέρος παρουσιάζονται νέα δεδομένα της τελευταίας πενταετίας και η βιβλιογραφία.

**Λέξεις κλειδιά:** Καρκίνος δέρματος, μελάνωμα, μη μελάνωμα, αίτια, τύποι, θεραπεία, διάγνωση, πρόληψη, ρόλος του νοσηλευτή

## **ABSTRACT**

Skin cancer is a common phenomenon caused mainly by ultraviolet radiation, burns and the use of radioactive drugs by health professionals. It is distinguished in benign and malignant neoplasms. There are three types of skin cancer: Basal Cell Carcinoma (BCC), Squamous Cell Carcinoma (SCC) and melanoma. The first two have a good prognosis if diagnosed early because they have a localized appearance. Skin cancer has increased rapidly in recent years and is considered a deadly condition.

The paper focuses on bibliographic research that has been done over the past ten years. It consists of three parts. The introduction provides the historical background and epidemiological data. Part A consists of information regarding anatomy, physiology, pathology, causes, clinical presentation, diagnosis, staging, prognosis, prevention, and treatment (both conservative and surgical) of skin cancer. Part B is an analyzing of the assessment of the patient's condition, the nurse's role in diagnosis, treatment and psychosocial rehabilitation. Finally, Part C presents new data that has become available within the last five years and the literature.

**Keywords:** skin cancer, melanoma, nonmelanoma, causes, types, treatment, diagnosis, prevention, nurses' role

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Σύμφωνα με τους Nahid Rafie et al., γενικά ως καρκίνος ορίζεται η μη καθορισμένη ανάπτυξη και πολλαπλασιασμός των κυττάρων σε όλο τον ανθρώπινο οργανισμό. Αποτελεί τη σημαντικότερη αίτια θανάτου σε όλο τον κόσμο με τα ποσοστά της να έχουν όλο και μεγαλύτερη ανοδική πορεία (Rafie et al.,2015). Συγκεκριμένα, ο καρκίνος του δέρματος είναι η ανώμαλη διαίρεση ή μετάλλαξη των κυττάρων του δέρματος. Οι όγκοι του δέρματος διακρίνονται στα καλοήθη και τα κακοήθη καρκινώματα τα οποία πιθανότατα να εξελιχθούν σε καρκίνο. Τα κακοήθη νεοπλάσματα διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: τον μελανωματικό καρκίνο, στον οποίο περιλαμβάνεται το μελάνωμα, ο οποίος δημιουργείται από τα μελανοκύτταρα στην επιδερμίδα και το μη μελανωματικό καρκίνο ο οποίος δημιουργείται από τα κερατινοκύτταρα και ταξινομείται σε επιμέρους κατηγορίες, το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (SCC) και το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα (BCC). Το 90% των περιπτώσεων οφείλεται στην υπερβολική έκθεση της υπεριώδους ακτινοβολίας καθώς και στις συσκευές μαυρίσματος, οι οποίες έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο στις νεότερες ηλικίες. Ο καρκίνος του δέρματος μπορεί να αποβεί μοιραίος για τη ζωή μας αν δεν αναγνωσθεί έγκαιρα (Queen,2017).

## **ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

Στο Περού της Κολομβίας διαπιστώθηκε μέσω του ραδιενεργού άνθρακα, οστικές μεταστάσεις από κακοήθες μελάνωμα σε μούμιες της φυλής των Ίνκας ηλικίας 2400 ετών. Ο Ιπποκράτης έκανε μία πρώτη αναφορά στο κακοήθες μελάνωμα τον 5<sup>ο</sup> π.Χ. αιώνα ενώ η δεύτερη αναφορά έγινε από τον Έλληνα ιατρό Ρούφο από την Έφεσο. Όμως, ο John Hunter το 1787 έδωσε τις κύριες γνώσεις σχετικά με το μελάνωμα, κατέγραψε το πρώτο περιστατικό με μεταστατικό μελάνωμα ασθενούς αν και ο ίδιος δεν το περιέγραψε ως μελάνωμα. Το περιστατικό αφορούσε έναν 35χρονο άνδρα, ο οποίος είχε μία υποτροπιάζουσα μάζα στην κάτω γνάθο, την οποία αφαίρεσε εξαιτίας της μεγάλης αύξησης του μεγέθους της μετά από τραυματισμό. Όπως αναφέρει και ο ίδιος: «σε διατομή ο αρχικός όγκος ήταν άσπρος με ομοιογενή σύσταση, ενώ μετά τον τραυματισμό το σχηματισθέν τμήμα ήταν μαλακό, σπογγώδους υφής με μαύρη εμφάνιση, όμοιο με την κοινώς αναφερόμενη καρκινώδη μυκητώδη υπερανάπτυξη». Ο Bodenharn το 1968 τεκμηρίωσε ότι η ιστοπαθολογική εξέταση του ίδιου δείγματος πρόκειται για «λεμφικό ιστό διηθημένο από γιγάντια μελανά σαρκωματικά κύτταρα»

διαβεβαίωσε ότι πρόκειται για μεταστατικό μελάνωμα άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας (Παπάς,2011).

Το μελάνωμα έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια στους καυκάσιους. Στη Βόρεια Ευρώπη η νόσος έχει μειωθεί κατά το 1990 και συγκεκριμένα σε άτομα κάτω των 55 ετών. Αυτό το γεγονός οφείλεται στην προσεκτικότερη συμπεριφορά των ατόμων προς την υπεριώδη ακτινοβολία. Όμως, στη Νότια και Ανατολική Ευρώπη παρατηρούνται υψηλά κρούσματα σε όλες τις ηλικίες. Μέχρι σήμερα, υψηλότερο αριθμό κρουσμάτων έχει παρατηρηθεί στο γυναικείο φύλο και γεωγραφικά στη Βόρεια Δανία, Νορβηγία και Σουηδία και στη Δ. Ευρώπη στη Γαλλία, Κάτω Χώρες και Ηνωμένο Βασίλειο σε αριθμό 6-9:100.000 στους άνδρες και 8-16:100.000 στις γυναίκες. Στην Αυστρία και στην Ελβετία παρατηρούνται τα μεγαλύτερα ποσοστά και στα δύο φύλα. Στους άνδρες η συχνότητα εμφάνισης είναι 6:100.000 και στις γυναίκες είναι 10:100.000. Τα πιο χαμηλά κρούσματα εντοπίζονται στη Ν. Ευρώπη: Ελλάδα, Ιταλία, Πορτογαλία και Ισπανία 2-4:100.000 και για τα δύο φύλα. Τέλος, η Α. Ευρώπη δεν έχει σταθερά κρούσματα. Στη Βουλγαρία, τη Λετονία και τη Ρουμανία είναι 2:100.000 ενώ στη Λιθουανία και στη Σλοβενία 6:100.000 (WHO,2009).

Ο καρκίνος του δέρματος, συμπεριλαμβανομένου του μελανώματος, μαζί με το καρκίνωμα των βασικών κυττάρων και το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα που είναι γνωστά και ως καρκίνοι του δέρματος του μη μελανώματος είναι ο συχνότερος καρκίνος όχι μόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες, αλλά και σε άλλες βιομηχανικές χώρες και κυρίως στους φτωχούς ανθρώπους. Από το 1975, η συχνότητα εμφάνισης μελανώματος στα Ηνωμένα Έθνη σχεδόν τριπλασιάστηκε σε 22,9 ανά 100.000 άτομα το 2012, ενώ το μελάνωμα ήταν 2,7 ανά 100.000 άτομα και παρέμεινε σχετικά σταθερή τις τελευταίες δύο δεκαετίες (Brunssen et al.,2017).

Το μελάνωμα έχει μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στους λευκούς ανθρώπους. Ο κίνδυνος ανάπτυξης μελανώματος κατά τη διάρκεια της ζωής είναι περίπου 2,4% στους Καυκάσιους, 0,1% στους Μαύρους και 0,5% στους Ισπανούς. Ο κίνδυνος μελανώματος αυξάνεται με την ηλικία. Η μέση ηλικία κατά τη στιγμή της διάγνωσης είναι περίπου 60 έτη. Το μελάνωμα είναι πιο συχνό στους άνδρες. Σύμφωνα με έρευνες, έχει αποδειχθεί ότι η συχνότητα εμφάνισης δεν διαφέρει σημαντικά μέχρι την ηλικία των 40 ετών. Μετά την ηλικία των 75 ετών, γίνεται αντιληπτό ότι η συχνότητα εμφάνισης τριπλασιάζεται στους άντρες. Επίσης, η εμφάνιση του μελανώματος

σχετίζεται με το χρώμα του δέρματος και εξαρτάται από τη γεωγραφική ζώνη (Apalla et al.,2017).

Η Ευρώπη, ο Καναδάς και οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν μια συνεχή και δραματική αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης κατά τη διάρκεια των τελευταίων δέκα χρόνων. Τα πιο υψηλά ποσοστά εντοπίζονται στη Νέα Ζηλανδία με 50/100.000 άτομα και στην Αυστραλία 48/100.000 άτομα, 59 άνδρες και 39 γυναίκες το 2011. Στις ΗΠΑ το 2012 ήταν 21.6/100.000 περιπτώσεις. Τέλος, στη Ευρώπη, παρατηρήθηκαν 13,2/100.000 περιπτώσεις στον ανδρικό πληθυσμό και 13,1/100.000 νέες περιπτώσεις ετησίως στο γυναικείο φύλλο (Apalla et al.,2017).

### **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Τα επιδημιολογικά δεδομένα αποτελούν σημαντικό θεμέλιο για τη διαχείριση, την αξιολόγηση και το σχεδιασμό ολοκληρωμένων μονάδων του καρκίνου. Η συνειδητοποίηση των μοτίβων και των διακυμάνσεων μίας ασθένειας στους πληθυσμούς δίνει σαφέστερη αντίληψη για τη δράση της πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας για κάθε νόσο. Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε, ότι το μελάνωμα σε έξι Καυκάσιους πληθυσμούς θα συνεχίζει να αυξάνεται τουλάχιστον μέχρι το 2022, με τα υψηλότερα ποσοστά να είναι οι ηλικιωμένοι πληθυσμοί (Redondo et al.,2019).

Σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου εκτιμάται ότι το 2012 καταγράφηκαν 1,6 εκατομμύρια περιστατικά δερματικής κακοήθειας και 12.190 θάνατοι καρκίνου του δέρματος. Τα περισσότερα περιστατικά αφορούσαν τον μη μελανωματικό καρκίνο του δέρματος. Ωστόσο, εντοπίζονται 76.250 περιστατικά από κακοήθες μελάνωμα και περισσότεροι από τους 9.180 θανάτους που σχετίζονται με καρκίνο του δέρματος ήταν από κακοήθες μελάνωμα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκτιμά σε παγκόσμιο επίπεδο περισσότερες από 200.000 περιπτώσεις κακοήθους μελανώματος το 2012 και 65.000 κακοήθεις θανάτους από μελάνωμα. Στις ΗΠΑ έχει παρατηρηθεί μειωμένη θνησιμότητα κακοήθους μελανώματος σε άτομα κάτω των 50 ετών. Όμως, σημαντική αύξηση κρουσμάτων έχει σημειωθεί με τη πάροδο του χρόνου στους λευκούς ανθρώπους άνω των 50 ετών και ιδιαίτερα στο ανδρικό φύλο (Gordon,2013).

Σύμφωνα με Elizabeth Ann L. Enninga, τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί σε σημαντικό βαθμό ο καρκίνος του δέρματος. Το γυναικείο φύλο έχει μεγαλύτερα ποσοστά επιβίωσης από το αντρικό φύλο, λόγω των ορμονών του φύλου. Απόκλιση αποτελούν

οι γυναίκες 39 ετών και κάτω, οι οποίες είναι πιο ευάλωτες σε αντίθεση με τους άνδρες. Χρονολογικά, από το 1992 έως το 2011 σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη παρουσιάστηκαν 106.511 περιστατικά μελανώματος στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Το 55,2% ήταν άνδρες και το 44,8% γυναίκες. Η θνησιμότητα εξαιτίας του μελανώματος του γυναικείου φύλου ήταν 5.787 γυναίκες δηλαδή το 12.1%. Αντίθετα, η θνησιμότητα του ανδρικού φύλου είναι 10.246 δηλαδή το 17.4%. Τέλος, η μέση διάρκεια ζωής των ατόμων αυτών ήταν 2,3 χρόνια για τις γυναίκες και 2,2 για τους άνδρες (Enninga et al., 2017).

Ο Grant αναφέρει ότι ο καρκίνος του δέρματος προσβάλλει συχνότερα άτομα κάτω των 60 ετών και οδηγεί σε θνησιμότητα σε νεαρά άτομα. Η πρόγνωση σχετίζεται με την ανίχνευση του καρκίνου του δέρματος με ποσοστό θνησιμότητας τα πέντε έτη, σε 3% ή λιγότερο. Όταν το μελάνωμα φτάσει στο 4<sup>ο</sup> στάδιο, το ποσοστό θνησιμότητας 5 ετών επιδεινώνεται πάνω από το 80%. Επίσης, ραγδαία αύξηση έχει παρατηρηθεί στον Καναδά τα τελευταία 30 χρόνια. Πλέον το μελάνωμα είναι 20 φορές πιο συνηθισμένο απ' ό τι πριν 60 χρόνια. Δεν μπορούμε να γνωρίζουμε τις ακριβείς αιτίες. Σύμφωνα με έρευνες κύριος λόγος είναι η ηλιακή ακτινοβολία (Grant,2016).

Στη Γερμανία ο καρκίνος του δέρματος αποτελεί το 1% των θανάτων λόγω καρκίνου σε άνδρες και γυναίκες. Κάθε χρόνο νοσούν από μελάνωμα 24.000 άνθρωποι, εκ των οποίων περίπου οι 8.000 έχουν μελάνωμα in situ. Από το 1980 η θνησιμότητα μειώθηκε στις γυναίκες κατά 10% ενώ στους άνδρες αυξήθηκε κατά 10% κατά την ίδια χρονική περίοδο. Στην Ευρώπη η θνησιμότητα από μελάνωμα οφείλετε στη χρήση σαλονιών μαυρίσματος κατά 4,7% στις γυναίκες και 3,7% στους άνδρες (Kornek & Augustin,2013).

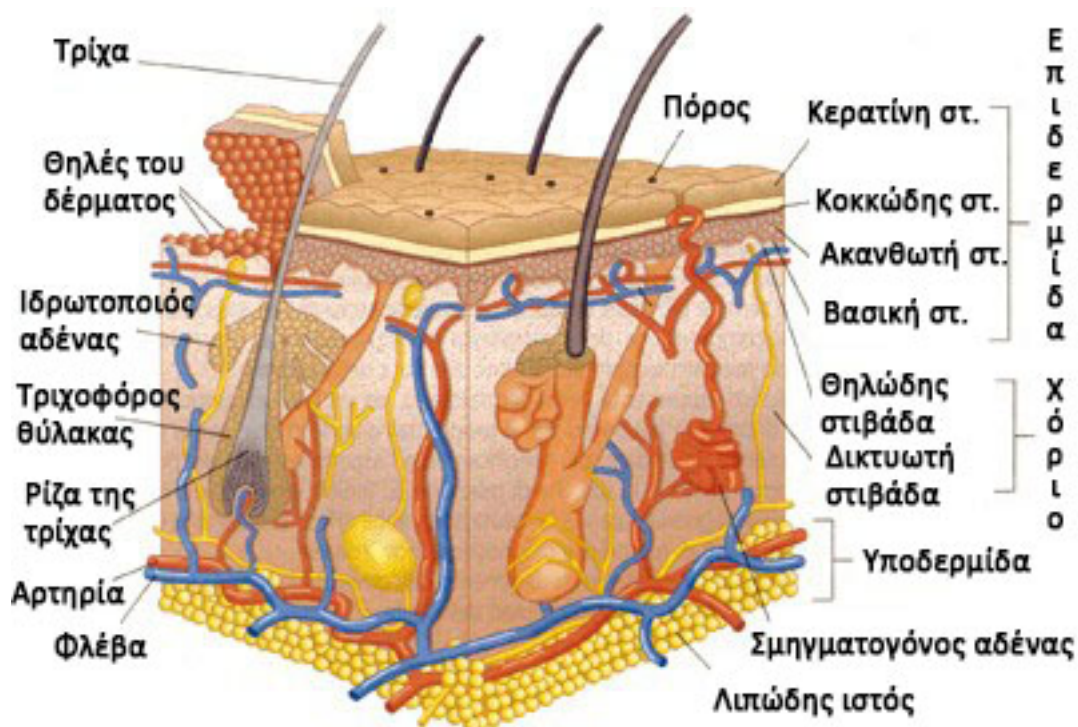


# Α΄ ΜΕΡΟΣ

## 1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το δέρμα αποτελεί το μεγαλύτερο όργανο του σώματος. Καταλαμβάνει περίπου το 15% του συνολικού σωματικού βάρους σε έναν ενήλικα άνθρωπο. Το δέρμα αποτελείται από τρεις στιβάδες: την επιδερμίδα, η οποία αποτελεί το εξωτερικό στρώμα, το χόριο που είναι το μεσαίο στρώμα και τον υποδόριο ιστό, ο οποίος αποτελεί το εσωτερικό στρώμα του δέρματος (Kolarsick et al.,2011). Τα εξαρτήματα του δέρματος είναι ειδικές δομές που συνδέονται με το δέρμα όπως οι αδένες του δέρματος (σημηματογόνοι και ιδρωτοποιοί αδένες), οι τρίχες και τα νύχια. Στις διάφορες στιβάδες του δέρματος εντοπίζονται τα μελανοκύτταρα, τα κερατινοκύτταρα, τα ερυθροκύτταρα, τα λιπώδη κύτταρα και οι ινοβλάστες (Platzer et al., 2011).

Σχ.1: Ανατομία δέρματος. Πηγή: Εικόνες Google <http://www.gaia-cosmetics.gr/wp-content/uploads/2015/12/derma2.jpg>



## **Επιδερμίδα**

Η επιδερμίδα αποτελεί την πρώτη στιβάδα του δέρματος και έχει πάχος λιγότερο από 0,1mm στα βλέφαρα ενώ είναι παχύτερη στις παλάμες και στα πέλματα, με πάχος περίπου 1,5 mm και αποτελεί την εξωτερική στιβάδα του δέρματος. Δεν έχει αιμοφόρα αγγεία, ωστόσο τρέφεται από τα αγγεία του χορίου (William et al., 2006). Κύρια λειτουργία του είναι ότι αποτελεί φραγμό στην είσοδο παθογόνων οργανισμών, προστατεύει το σώμα από την υπεριώδη (UV) ακτινοβολία και διατηρεί το νερό (Dehdashtian et al.,2018). Η επιδερμίδα χωρίζεται σε τέσσερις στιβάδες: τη βασική, την ακανθωτή, την κοκκώδη και την κεράτινη. Μία ακόμη στιβάδα εντοπίζεται στις παλάμες και στα πέλματα, η διαυγής. Οι τρεις πρώτες αποτελούν την βλαστική στιβάδα (Χατζημπούγιας, 2000). Η βασική στιβάδα είναι η βαθύτερη και πιο απομακρυσμένη από το εξωτερικό περιβάλλον. Έχει την ικανότητα να παράγει συνεχώς νέα κύτταρα. Αρχικά, τα κερατινοκύτταρα έχουν την ιδιότητα να ανανεώνονται συνεχώς. Τα κύτταρα αυτά μεταναστεύουν προς την επιφάνεια του δέρματος μέσα σε 30 μέρες (Dehdashtian et al.,2018). Επίσης, τα μελανοκύτταρα παράγουν την χρωστική μελανίνη και προστατεύει τη βασική στιβάδα από τις βλαβερές υπεριώδεις ακτίνες του ηλίου. Επιπλέον, υπάρχουν τα κύτταρα Langerhans, τα οποία παίζουν σημαντικό ρόλο στο ανοσοποιητικό σύστημα, συμβάλλουν δηλαδή, στην αναγνώριση, την πρόσληψη, την επεξεργασία και την παρουσίαση των αντιγόνων στα ευαισθητοποιημένα Τ-λεμφοκύτταρα. Τέλος, μία ακόμα κατηγορία είναι τα κύτταρα Merkel, τα οποία συμβάλλουν στην αίσθηση της αφής, είναι δηλαδή αισθητήρια κύτταρα (Platzer et al.,2011).

Πάνω από την βασική στιβάδα βρίσκεται η ακανθωτή στιβάδα. Ακολουθεί η κοκκώδης στιβάδα, η οποία περιέχει κοκκία κερατοϋαλίνης, τα οποία φανερώνουν την έναρξη της κερατινοποίησης καθώς και λιπίδια, τα οποία συμβάλλουν στην μη απώλεια των υγρών. Τέλος, είναι η εξωτερική στιβάδα, η κεράτινη, η οποία είναι πολύ ισχυρή καθώς προστατεύει τα παρακάτω στρώματα και αποτελείται από κερατινοκύτταρα (Gordon,2013).

## **Χόριο**

Το χόριο ή δερμίδα αποτελεί τη δεύτερη στιβάδα του δέρματος. Είναι πυκνότερη στιβάδα της επιδερμίδας και εμπεριέχει ισχυρές ίνες κολλαγόνου και ελαστίνης, προσδίδοντάς του ανθεκτικότητα και ελαστικότητα (Moore et al.,2012). Επίσης, εμπεριέχει αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία, νεύρα και νευρικές απολήξεις. Χωρίζετε σε δύο στιβάδες: τη θηλώδη στιβάδα, η οποία περιέχει ίνες κολλαγόνου , οι οποίες δημιουργούν τις θηλές συμβάλλοντας έτσι στην ένωση της επιδερμίδας με τους υποκείμενους ιστούς. Οι θηλές του χορίου εμπεριέχουν τριχοειδή αγγεία, λεπτά νεύρα και αισθητήριες νευρικές απολήξεις. Η δικτυωτή στιβάδα είναι πυκνότερη και παχύτερη από την θηλώδη (Platzer et al., 2011). Περιέχει αγγεία του χορίου, γραμμωτές και λείες μυϊκές ίνες, οι οποίες αποτελούν τους ορθωτήρες μυς των τριχών (Χατζημπούγιας, 2000). Επίσης, αποτελείται από πρωτεογλυκάνες (υαλουρονικό οξύ, θευική χονδροϊτίνη, θευική δερματάνη), που έχουν τη δυνατότητα να συγκρατούν το νερό. Το χόριο παίζει σημαντικό ρόλο ώστε το δέρμα να έχει την ικανότητα να επιστρέφει στην αρχική του μορφή (Platzer et al., 2011).

## **Υποδόριος ιστός**

Ο υποδόριος ιστός αποτελεί την τρίτη στιβάδα του δέρματος και βρίσκεται κάτω από το χόριο. Αποτελείται από χαλαρό συνδετικό και λιπώδη ιστό. Πιο αναλυτικά, ο λιπώδης ιστός χρησιμεύει στην αποθήκευση του λίπους και αυτή με τη σειρά της συμβάλλει ώστε το δέρμα να διατηρεί τη θερμότητά του. Η κατανομή του λίπους επηρεάζεται από τις ορμόνες. Για παράδειγμα, οι άνδρες έχουν αυξημένο αποθηκευτικό λίπος στην κοιλιακή χώρα σε αντίθεση με τις γυναίκες, οι οποίες αποθηκεύουν το λίπος στους γλουτούς, στους γοφούς καθώς και στους μαστούς (Platzer et al., 2011). Τέλος, στη στιβάδα αυτή εντοπίζονται αγγεία, νεύρα, αισθητικές απολήξεις, ιδρωτοποιοί αδένες καθώς και τα άκρα των θυλάκων των τριχών (Χατζημπούγιας, 2000).

## 2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Το δέρμα είναι το όργανο που μπορεί να επικοινωνεί με το εξωτερικό περιβάλλον και συμβάλει σε φυσιολογικές, βιολογικές, αμυντικές και αισθητήριες λειτουργίες (Χατζημπούγιας,2000). Αναλυτικά το δέρμα συμβάλλει: Στη **θερμορύθμιση**. Στο δέρμα υπάρχουν τα αγγειοδραστικά δερματικά αγγεία, τα οποία ρυθμίζουν τη θερμοκρασία του σώματος (Brown&Krishnamurthy,2018). Το δέρμα έχει την ικανότητα να διατηρεί σταθερή τη θερμοκρασία του σώματος και την απώλεια του νερού διατηρώντας την ομοιόσταση του σώματος σταθερή (Yousef et al.,2019). Επίσης, έχει **προστατευτικό** ρόλο καθώς χαρακτηρίζεται ως «το πρώτο φυσικό εμπόδιο» του ανθρωπίνου σώματος από τις επιδράσεις του περιβάλλοντος. Ειδικότερα από τους μικροοργανισμούς, την υπεριώδη ακτινοβολία, την αφυδάτωση και από τις μηχανικές βλάβες (Lopez-Ojeda et al.,2019). Επιπλέον, το δέρμα έχει **στηρικτικό** ρόλο. Μέσω του ελαστικού ιστού το δέρμα αποκτά ευελιξία. Τα αιμοφόρα αγγεία, τα οποία βρίσκονται στο χόριο, έχουν την ικανότητα να διατηρούν την επιδερμίδα και τα εξαρτήματά της. Τα θρεπτικά συστατικά μέσω του αίματος θεμελιώνουν τους θύλακες των τριχών και τους ιδρωτοποιούς αδένες (Brown&Krishnamurthy,2018).

Επιπρόσθετα, συμπεριλαμβάνεται η **ενδοκρινής λειτουργία** κατά την οποία παράγεται η Βιταμίνη D , η οποία βοηθάει στην απορρόφηση του ασβεστίου και στον φυσιολογικό μεταβολισμό των οστών. Ακόμη, με την **εξωκρινή λειτουργία** το δέρμα εκκρίνει ιδρώτα , σμήγμα και φερομόνες (Lopez-Ojeda et al.,2019). Μία από τις σημαντικότερες λειτουργίες είναι η **αίσθηση**. Στο χόριο βρίσκονται νευρικές απολήξεις, οι οποίες περιβάλλουν τους θύλακες των τριχών και επιτρέπουν την αίσθηση να επεκτείνεται έξω από επιφάνεια του δέρματος (Brown&Krishnamurthy,2018). Έτσι, το ανθρώπινο σώμα έχει τη δυνατότητα να αντιλαμβάνεται τον πόνο, την θερμοκρασία και την βαθιά πίεση (Lopez-Ojeda et al.,2019).

Το δέρμα παρέχει **ανοσία** στον οργανισμό με τα λεμφοκύτταρα και κύτταρα Langerhans κατά των παθογόνων μικροοργανισμών (Yousef et al.,2019). Τέλος, άλλη μία λειτουργία του είναι η διαδικασία της **επούλωσης**. Σε περίπτωση που το δέρμα υποστεί κάποιο τραυματισμό η παροχή του αίματος στο συγκεκριμένο σημείο αυξάνεται με σκοπό να επουλωθεί πιο γρήγορα το τραύμα. Μετά από κάποιο χρονικό διάστημα παράγονται νέα κύτταρα, σχηματίζεται εκ νέου το δέρμα και τα αιμοφόρα αγγεία (IQWiG,2006).

### 3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

#### 3.1 Αίτια καρκίνου του δέρματος

Ο δερματικός καρκίνος αποτελείται από τρεις τύπους: τον μη μελανωματικό καρκίνο (βασικοκυτταρικό και ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα) και το μελάνωμα. Στην ανάπτυξη του συμβάλλουν τόσο οι γενετικοί όσο και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες (Sundararajan & Badri,2019). Η υπεριώδης ακτινοβολία συμβάλλει στην καρκινογένεση με τον εξής μηχανισμό. Αρχικά, προκαλείται βλάβη στο DNA και κατ' επέκταση η μετάλλαξη. Έτσι, το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου χάνει τη δυνατότητα να αναγνωρίζει και να αφαιρεί τα κακοήγη κύτταρα (Gruber et al.,2019). Ο κύριος παράγοντας που συμβάλλει στην δημιουργία του καρκίνου του δέρματος είναι η έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία. Η υπεριώδης ακτινοβολία διαιρείται στην UVA, UVB, UVC. Η πιο βλαβερές είναι η UVA και η UVB διότι η μία έχει την ικανότητα να εισβάλλει στο χόριο και η άλλη να διεισδύει στη βασική στιβάδα αντίστοιχα. Και οι δύο, αλλά κυρίως η UVA, αποτελούν καταλυτικό παράγοντα στη δημιουργία της καρκινογένεσης. Επίσης, τα ηλιακά εγκαύματα και συγκεκριμένα τα φλυκταινώδη ηλιακά εγκαύματα από την παιδική ηλικία αυξάνουν περίπου στο διπλάσιο την πιθανότητα ανάπτυξης μελανώματος (Ward et al.,2017).

Στην δημιουργία του καρκινώματος μπορεί να οφείλεται η χρήση του καπνού, του οينوπνεύματος, το κάπνισμα και η κατανάλωση υψηλών ποσοτήτων αλκοολούχων ποτών και συγκεκριμένα το λευκό κρασί. Επίσης, σύμφωνα με έρευνες τα προϊόντα περιποίησης του σώματος όπως για παράδειγμα οι κρέμες, τα καλλυντικά, τα αποσμητικά, μπορούν να αποτελέσουν έναν παράγοντα κινδύνου. Επιπλέον, με τη χρήση του τεχνητού μαυρίσματος (solarium), έχει αυξηθεί ο καρκίνος του δέρματος και ιδιαίτερα στους οικονομικά ευκατάστατους λευκούς πληθυσμούς. Τέλος, τα αθλητικά ρούχα και τα μαγιό κατά τους καλοκαιρινούς μήνες εκθέτουν μεγαλύτερη επιφάνεια του σώματος στην ηλιακή ακτινοβολία (Al-Dujaili,2017).

Στους γενετικούς παράγοντες περιλαμβάνεται το οικογενειακό ιστορικό. Ένα θετικό οικογενειακό ιστορικό με έναν συγγενή πρώτου βαθμού αυξάνει την πιθανότητα κατά 1,7%. Αν υπάρχουν δύο συγγενείς πρώτου βαθμού υπάρχει εννέα φορές μεγαλύτερος κίνδυνος ανάπτυξης μελανώματος (Ward et al.,2017). Τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου. Αυξημένο κίνδυνο αποτελούν οι άνθρωποι που έχουν ανοιχτόχρωμα μάτια (μπλε, πράσινα, γαλάζια) και οι ανοιχτόχρωμες λεπτές επιδερμίδες. Επίσης το χρώμα

των μαλλιών (ξανθιά και κόκκινη τρίχα). Η παρουσία φακίδων που μένουν εκτεθειμένες στην ηλιακή ακτινοβολία (National Cancer Institute,2002). Τα δέρματα τα οποία είναι πιο ευαίσθητα στον ήλιο και δεν μαυρίζουν εύκολα. Επιπλέον, περισσότερο ευάλωτοι είναι οι χρόνια ανασοκατασταλμένοι άνθρωποι, δηλαδή όσοι έχουν ατομικό ιστορικό δερματικού καρκίνου. Ένα άτομο το οποίο είχε έρθει αντιμέτωπο στο παρελθόν με κάποιο τύπο δερματικής κακοήθειας έχει πιθανότητα 4% έως 30% επανεμφάνισής του (Rigel & Carucci,2008). Επιπρόσθετα, τα άτομα που έρχονται αντιμέτωπα με κάποια άλλη δερματική ασθένεια έχουν αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του δέρματος, παραδείγματος χάριν: ακτινική κεράτωση, μελαγχρωματική ξηροδερμία, θεραπεία ψωρίασης και εκζέματος. Τέλος, η ηλικία του ατόμου παίζει ρόλο. Όσο πιο μεγάλο σε ηλικία είναι ένα άτομο τόσο μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχει στην εμφάνιση κάποιου τύπου καρκίνου εκτός του μελανώματος, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν μπορεί να κάνει την εμφάνισή του και σε μικρότερες ηλικίες (Cancer Research UK,2010 ).

### **3.2 Κλινική εικόνα**

Ο καρκίνος του δέρματος εμφανίζεται ως κάποια δερματική βλάβη, δηλαδή αλλοίωση της επιδερμίδας. Το μη μελανωματικό δερματικό καρκίνωμα πιθανότατα διαφέρει από το μελάνωμα. Το μελάνωμα δημιουργείται από κάποια δερματική βλάβη. Αυτή η δερματική βλάβη μπορεί να εμφανίστηκε είτε να δημιουργήθηκε πρόσφατα ή να προϋπήρχε (Cancer Research UK,2010 ).Γενικά, ο καρκίνος μπορεί να εντοπιστεί σε οποιοδήποτε σημείο πάνω στο σώμα αλλά συνηθέστερα παρατηρείται στο λαιμό, το πρόσωπο και στα χέρια (National Cancer Institute,2002). Παρακάτω θα αναλυθούν όλοι οι τύποι καρκίνου του δέρματος.

## ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΙ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

### ➤ Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα

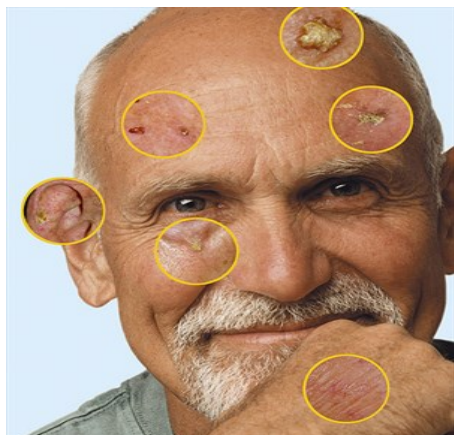


Σχ.2: Βασικοκυτταρικό Καρκίνωμα. Πηγή: Εικόνες Google  
<https://www.healthyliving.gr/wp-content/uploads/2014/04/basal-cell-carcinoma-250x170.jpg>

Αυτός ο τύπος καρκινώματος είναι ο πιο συνηθισμένος, καθώς αποτελεί το 75% των περιπτώσεων του μη μελανωματικού δερματικού καρκίνου. Διαγιγνώσκεται σε άτομα μεσαίας ή μικρότερης ηλικιακής ομάδας. Αναπτύσσεται από τα βασικά κύτταρα και βρίσκεται στην επιδερμίδα, συνήθως σε περιοχές που είναι εκτεθειμένες στην ηλιακή ακτινοβολία. Εντοπίζεται συνήθως στη μύτη, το μέτωπο, τα μάγουλα και στο πίσω ή κάτω μέρος των ποδιών (Cancer Research UK,2010). Πρώιμα σημάδια του καρκίνου μπορεί να είναι πληγές που αιμορραγούν, δεν επουλώνονται εύκολα είτε παραμένουν ανοιχτές για περισσότερες από τρεις εβδομάδες. Η βλάβη μπορεί να είναι μία ερυθρή κηλίδα ή να υπάρχει κάποιος ερεθισμός στα προαναφερθέν σημεία με τον σχηματισμό κρούστας. Η βλάβη μπορεί να συνοδεύεται με κνησμό ή πόνο ή να μην υπάρχει κάποια ενόχληση. Τα οζίδια έχουν χρώμα ροζ, κόκκινα, λευκά. Επίσης, μπορεί να είναι μαύρα ή καφέ σε άτομα με σκούρο χρώμα μαλλιών και δύναται να συγχέεται με σπίλο. Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα διακρίνεται σε τέσσερις τύπους. Το επιφανειακό βασικοκυτταρικό καρκίνωμα χαρακτηρίζεται από μία ερυθματώδη επίπεδη βλάβη με απολέπιση. Το οζώδες ή αδενοκυστικό παρουσιάζεται ως μία οζώδης διόγκωση στο χρώμα του δέρματος με πολλές τηλαγγειεκτασίες. Το μελαγχρωματικό καρκίνωμα κατά το οποίο παρατηρείτε υπέρχρωση. Τέλος, το σκληρωτικό ή μορφεϊκό καρκίνωμα παρουσιάζεται ως λευκοκίτρινη πλάκα, η οποία μπορεί να εμμένει για μεγάλο χρονικό

διάστημα χωρίς να διαγνωσθεί. Αν τεντωθεί το δέρμα μπορεί να διακρίνει κανείς μαργαριταροειδείς άκρες (Γιατζίδης,2019).

➤ **Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα**



Σχ.3 Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα. Πηγή: Εικόνες Google

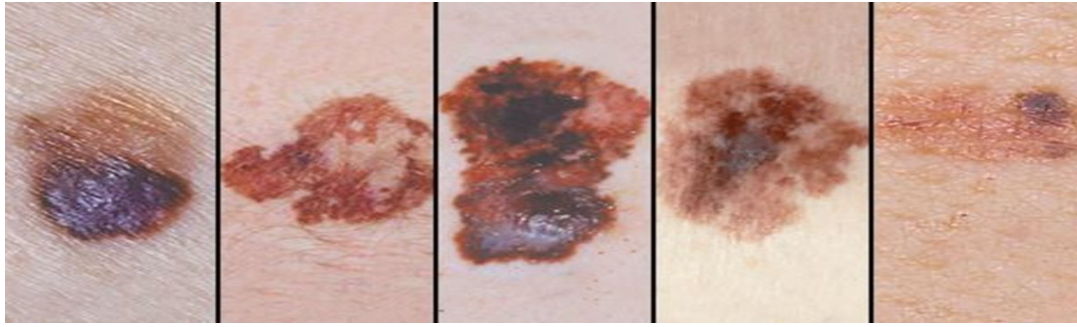
<http://myskin.gr/img/peca.jpg>

Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα αποτελεί το 20% των περιστατικών και εντοπίζεται στα κερατινοκύτταρα της επιδερμίδας. Η εμφάνισή του κατά κανόνα οφείλεται στην ηλιακή ακτινοβολία (Cancer Research UK,2010). Πληγείσες περιοχές είναι το πρόσωπο, το κρανίο, τα αυτιά, ο λαιμός και τα χέρια (Jones et al.,2019). Επίσης, μπορεί να εμφανισθεί σε περιοχές του δέρματος, στις οποίες είχε προηγηθεί κάποιο έγκαυμα είτε λόγω τραυματισμού για μεγάλο χρονικό διάστημα. Σπάνια γίνεται μετάσταση. Ωστόσο αν αυτό επιτευχθεί επηρεάζονται τα βαθύτερα στρώματα του δέρματος, δηλαδή οι λεμφαδένες (Cancer Research UK,2010). Οπτικά διακρίνεται ως κάποια σταθερή, οζώδης, θρυμματισμένη βλάβη χωρίς να συνοδεύεται από έλκος. Οι βλάβες έχουν γρήγορο ρυθμό ανάπτυξης και με τάση να αιμορραγούν (Jones et al.,2019).

Υπάρχουν και άλλοι τύποι μη μελανωματικού δερματικού καρκίνου. Η εμφάνισή τους όμως είναι πιο σπάνια. Το καρκίνωμα των κυττάρων Merkel, το οποίο κάνει μεταστάσεις κυρίως στους λεμφαδένες. Το Σάρκωμα Kaposi συγχέεται με τον ιό HIV όμως μπορεί να εμφανισθεί και σε άτομα που δεν έχουν νοσήσει από τον ιό. Το Λέμφωμα T του δέρματος αποτελεί τύπο λεμφώματος μη Hodgkin και ο καρκίνος των σμηγματογόνων αδένων, ο οποίος προσβάλλει τους αδένες που παράγουν τα φυσικά έλαια του δέρματος (Cancer Research UK,2010).



## ➤ Μελάνωμα



Σχ.4 Κακοήθες μελάνωμα. Πηγή: Εικόνες Google

<https://www.iatropedia.gr/wp-content/uploads/2016/06/melanoma.jpg>

Το μελάνωμα αποτελεί τη συνηθέστερη μορφή καρκίνου του δέρματος. Το μελάνωμα μπορεί να αναπτυχθεί δίπλα σε μία βλάβη ή στο υγιές δέρμα και σε αυτό συμβάλλει η ηλιακή ακτινοβολία. Αναπτύσσεται με δύο φάσεις: την ακτινική στην οποία τα καρκινώματα αναπτύσσονται με ακτινικό τρόπο στην επιδερμίδα και την κάθετη κατά την οποία τα καρκινώματα προχωρούν στο χόριο με την ικανότητα της μετάστασης. Η ταξινόμηση της βλάβης γίνεται με τον εξής τρόπο: όταν το βάθος είναι λιγότερο ή ίσο με 1mm χαρακτηρίζεται λεπτό. Από 1mm έως 4 mm είναι μέτριο και μεγαλύτερο από 4 mm είναι παχύ. Το μελάνωμα αποτελείται από τέσσερις τύπους. Αρχικά, το επιφανειακώς επεκτεινόμενο μελάνωμα αντιπροσωπεύει το 70% των περιστατικών. Οι βλάβες έχουν διάμετρο 2 εκ. και έχει πολλά χρώματα, περιφερειακές εγκοπές, εσοχές ή και τα δύο. Επίσης, το οζώδες μελάνωμα αποτελεί το 15% -30% των περιστατικών. Οι βλάβες έχουν χρώμα μαύρο ή μπλε. Το μελάνωμα τύπου κακοήθους φακής εκπροσωπεί το 4%-10% των περιστατικών. Οι όγκοι είναι μεγαλύτεροι από 3εκ. Έχουν μαύρο χρώμα, επίπεδο σχήμα και μοιάζουν με φακίδες. Τέλος, το μελάνωμα των άκρων αποτελεί το 2%-8% των μελανωμάτων στους λευκούς ανθρώπους και το 35%-60% στα άτομα με σκούρα επιδερμίδα. Εντοπίζεται στις παλάμες και στα πέλματα. Το σχήμα τους είναι επίπεδο με μαύρο ή καφέ χρώμα και τα σύνορά τους είναι ακανόνιστα. Σε προχωρημένο στάδιο εντοπίζονται και εξελκώσεις (Heistein & Acharya,2019).

Η διάγνωση της βλάβης γίνεται με βάση τον κανόνα ABCDE. Το A αντιπροσωπεύει την ασυμμετρία. Τα περισσότερα είναι ασύμμετρα ως προς την βλάβη. Το B τα σύνορα, το C το χρώμα. Κάθε βλάβη χαρακτηρίζεται από διάφορα χρώματα, αρχικά μπορεί να είναι μαύρα ή καφέ και καθώς εξελίσσεται παίρνει χρώση κόκκινου με λευκό ή μπλε. Το D τη διάμετρο. Πρωταρχικό ρόλο έχει η πρόωμη διάγνωση του όγκου όπου η

διάμετρος είναι 6mm δηλαδή στο μέγεθος μίας γόμας μολυβιού. Το E την εξέλιξη. Κάθε βλάβη αξιολογείται ως προς το χρώμα, το μέγεθος, το σχήμα, αν υπάρχει κνησμός, αιμορραγία (Skin Cancer Foundation, 2019).

### 3.3 Διάγνωση

Η Αμερικανική Εταιρία Καρκίνου προτείνει μηνιαία αυτοεξέταση καθώς και ετήσια επίσκεψη σε ειδικό ιατρό για την πρώτη διάγνωση του καρκίνου του δέρματος (CTCA,2020). Αρχικά, ο ιατρός ξεκινάει με τη λήψη ιστορικού σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο. Συνεχίζοντας αναφέρεται σε τυχόν συμπτώματα που μπορεί να έχει ο ασθενής, για παράδειγμα: κνησμό, πόνο, αλλαγή στη μορφολογία κάποιου δερματικού εξανθήματος. Από τον ειδικό γίνεται λεπτομερής εξέταση όλου του σώματος από το κεφάλι μέχρι τα νύχια. Μία ολοκληρωμένη εξέταση μπορεί να διαρκέσει από 10 μέχρι 20 λεπτά. Κατά την φυσική εξέταση ο δερματολόγος εφαρμόζει τη τεχνική της δερματοσκόπησης. Κατά την εξέταση χρησιμοποιείται ένας ειδικός μεγεθυντικός φακός με πηγή φωτός που χρησιμεύει στην ευκρινέστερη εντόπιση των σημείων του δέρματος. Στο δερματοσκόπιο μερικές φορές χρησιμοποιείται ένα διάλυμα αλκοόλης. Ο γιατρός έχει την ικανότητα να τραβήξει ψηφιακές φωτογραφίες από το σώμα (American Cancer Society, 2019).

Άλλη μία μέθοδος αποτελεί η βιοψία δέρματος. Υπάρχουν πολλών ειδών, ωστόσο ο γιατρός είναι αυτός που θα αποφασίσει πια είναι η κατάλληλη μέθοδος. Οι βιοψίες γίνονται με την έγχυση τοπικού αναισθητικού με μικρή βελόνα στο σημείο ενδιαφέροντος. Κατόπιν, αφαιρείται ο συγκεκριμένος δερματικός ιστός και αποστέλλεται στο εργαστήριο (American Cancer Society, 2019). Εκεί ο παθολόγος εξετάζει για ύπαρξη μη φυσιολογικών ευρημάτων. Σε περίπτωση ανίχνευσης δερματικού καρκίνου δίνονται πληροφορίες σχετικά με το στάδιο του καρκίνου. Έπειτα, η βιοψία λεμφαδένων πραγματοποιείται σε περίπτωση προχωρημένου σταδίου μελανώματος. Για παράδειγμα, οι λεμφαδένες μπορεί να είναι πρησμένοι, σκληροί, διογκωμένοι. Ακόμη, μπορεί να υπάρχει κάποιος μεσαίος όγκος μικρότερος από 1 χιλιοστό δίχως να έχουν επηρεαστεί οι λεμφαδένες (Skin Cancer,2017).

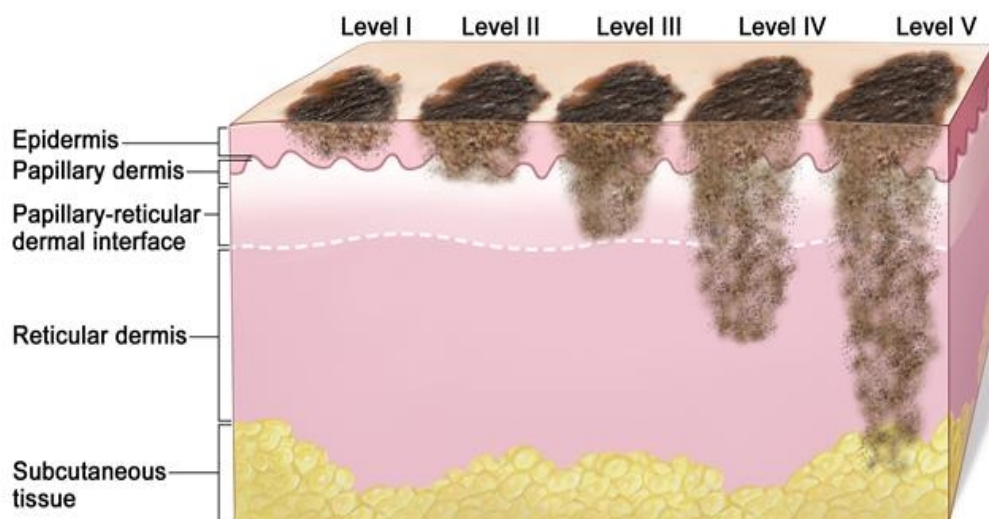
Τέλος, σε προχωρημένο στάδιο μελανώματος εφαρμόζονται εξετάσεις απεικόνισης. Σε αυτές περιλαμβάνονται η αξονική τομογραφία (CT), η ακτινογραφία θώρακος, μαγνητική τομογραφία (MRI) καθώς και με εξέταση αίματος για τον έλεγχο των επιπέδων της γαλακτικής δεϋδρογενάσης (LDH). Η LDH είναι ένα ένζυμο που

βρίσκεται στο αίμα. Τα αποτελέσματα της εξέτασης αυτής χρησιμεύουν για την ταξινόμηση του καρκίνου σταδίου IV. Η υψηλή LDH αποτελεί δείγμα ότι ο καρκίνος αυτός είναι δύσκολος στο να αντιμετωπιστεί. Σκοπός, όλων των παραπάνω εξετάσεων αποτελεί η διερεύνηση μεταστάσεων σε άλλα μέρη του σώματος. Συνηθέστερα, εντοπίζονται στο ήπαρ, στους πνεύμονες, στον εγκέφαλο, στα οστά και στους λεμφαδένες (Skin Cancer,2017).

### 3.4 Σταδιοποίηση

Η σταδιοποίηση είναι η διαδικασία καθορισμού στο κατά πόσο έχει εξαπλωθεί ο καρκίνος. Το στάδιο του όγκου σχετίζεται με το μέγεθος του όγκου και συμβάλλει ώστε ο θεράπων ιατρός να οργανώσει την κατάλληλη θεραπεία. Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα σε σπάνιες περιπτώσεις κάνει μεταστάσεις σε σύγκριση με το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα όπου οι πιθανότητες είναι ελαφρώς υψηλότερες. Το μελάνωμα αποτελεί τον πιο επιθετικό τύπο καρκίνου του δέρματος (Skin Cancer,2017).

Για την καλύτερη κατανόηση του δερματικού καρκίνου υπάρχουν δύο συστήματα αξιολόγησης: η κλίμακα Clark και το πάχος Breslow, οι οποίες περιγράφουν το βάθος των όγκων στο δέρμα. Συγκεκριμένα, η κλίμακα Clark μετράει το βάθος ανάπτυξης του μελανώματος στο δέρμα καθώς και τα επίπεδα που επηρεάζονται. Χωρίζεται σε 5 επίπεδα:



Σχ.5 Κλίμακα Clark . Πηγή : Εικόνες Google

<https://www.cancer.gov/images/cdr/live/CDR630443-750.jpg>

**Επίπεδο 1:** τα μελανοκύτταρα εντοπίζεται in situ, στην επιδερμίδα.

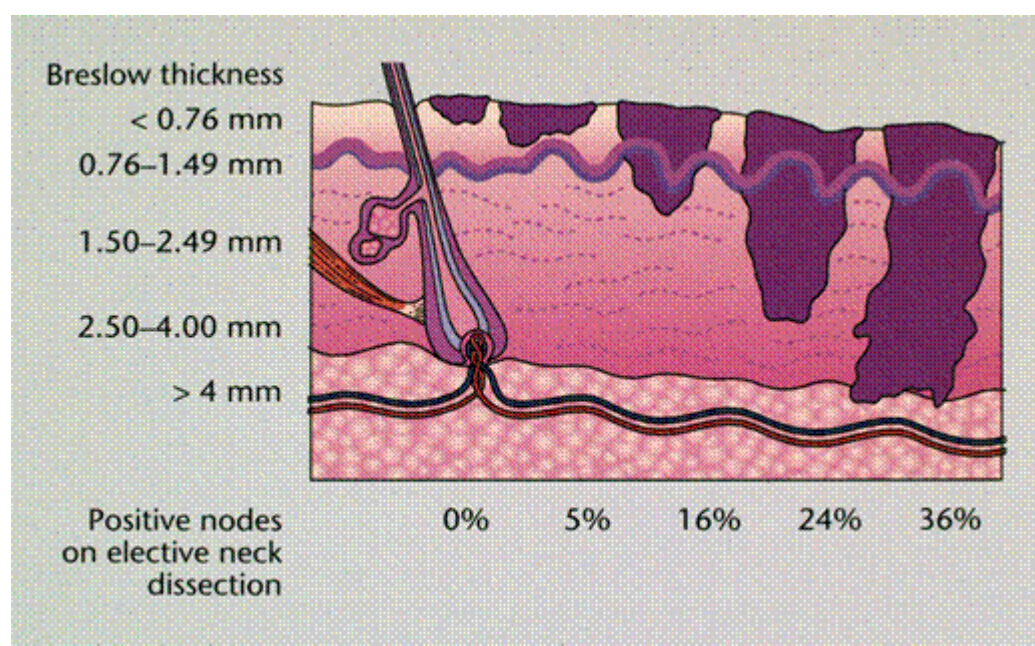
**Επίπεδο 2:** τα μελανοκύτταρα εντοπίζονται στη θηλώδη στιβάδα του χορίου.

**Επίπεδο 3:** τα μελανοκύτταρα εντοπίζονται στη δικτυωτή στιβάδα του χορίου.

**Επίπεδο 4:** τα μελανοκύτταρα έχουν εξαπλωθεί στο δικτυωτό δέρμα.

**Επίπεδο 5:** τα μελανοκύτταρα έχουν φτάσει στον υποδόριο ιστό. (Cancer Research UK,2010).

Το πάχος Breslow μετράει το βάθος του μελανώματος από την επιφάνεια του δέρματος μέχρι το βαθύτερο σημείο του όγκου. Ειδικότερα συσχετίζεται με την πενταετή επιβίωση του ασθενούς μετά τη διάγνωση του μελανώματος. Ακολούθως παρουσιάζονται κατά μέσο όρο τα ποσοστά επιβίωσης (Dichiara,2019).



Σχ.6 πάχος Breslow. Πηγή: Εικόνες Google

[http://2.bp.blogspot.com/qS0XCveqZel/TwkuPSbGCBI/AAAAAAAAA0g/iA6tScrsX\\_g/s1600/breslow-thickness.gif](http://2.bp.blogspot.com/qS0XCveqZel/TwkuPSbGCBI/AAAAAAAAA0g/iA6tScrsX_g/s1600/breslow-thickness.gif)

- < 1 mm: Η πενταετή επιβίωση ανέρχεται περίπου στο 95%.
- Από 1,01mm-2mm: Η πενταετή επιβίωση ανέρχεται περίπου στο 90%.
- Από 2,01mm-4mm: Η πενταετή επιβίωση ανέρχεται περίπου στο 77%.
- > 4 mm: Η πενταετή επιβίωση ανέρχεται περίπου στο 65% (Dichiara,2019).

Η Αμερικανική Κοινή Επιτροπή για τον Καρκίνο (AJCC) έχει δημιουργήσει ένα διεθνές σύστημα για την περιγραφή των σταδίων των δερματικών κακοηθειών και δίνει ουσιαστικότερες πληροφορίες στους γιατρούς για το στάδιο του καρκίνου. Το σύστημα αυτό είναι γνωστό ως TNM (American Cancer Society, 2019).

Αναλυτικά, το **T** αντιστοιχεί στη λέξη Tumour (Όγκος) και περιγράφει το πάχος του μελανώματος. Διακρίνεται σε 6 κατηγορίες:

**Tis:** τα κύτταρα που μελανώματος βρίσκονται στην επιφάνεια του δέρματος γνωστό ως μελάνωμα in situ.

**T0:** τα κύτταρα βρίσκονται στη πρωτογενή τους θέση δηλαδή δεν γίνονται αντιληπτά τα μελανοκύτταρα.

**T1:** το μελάνωμα έχει πάχος μικρότερο ή ίσο με 1 mm.

**T1a:** το μελάνωμα έχει πάχος μικρότερο από 0,8 mm και δεν παρατηρούνται έλκη.

**T1b:** το μελάνωμα έχει πάχος μικρότερο από 0,8 mm με έλκος είτε έχει πάχος μεταξύ 0,8 mm με 1,0 mm με την παρουσία ή όχι έλκους.

**T2:** το μελάνωμα έχει πάχος μεταξύ 1 mm και 2 mm.

**T3:** το μελάνωμα έχει πάχος μεταξύ 2 mm και 4 mm.

**T4:** το μελάνωμα έχει πάχος μεγαλύτερο από 4 mm.

Το **N** αντιστοιχεί στη λέξη Node (Κόμβος) και περιγράφει τα καρκινικά κύτταρα που βρίσκονται κοντά σε λεμφαδένες. Αποτελείται από 4 κατηγορίες:

**N0:** τα μελανοκύτταρα δεν εντοπίζονται στους λεμφαδένες.

**N1:** τα μελανοκύτταρα εντοπίζονται σε έναν μόνο λεμφαδένα.

**N2:** τα μελανοκύτταρα εντοπίζονται σε 2 ή 3 λεμφαδένες.

**N3:** τα μελανοκύτταρα εντοπίζονται σε περισσότερους από 4 λεμφαδένες.

Το **M** αντιστοιχεί στη λέξη Metastasis (Μετάσταση) και περιγράφει αν τα καρκινικά κύτταρα έχουν εξαπλωθεί σε άλλα μέρη του σώματος. Χωρίζεται σε 2 κατηγορίες:

**M0:** ο καρκίνος δεν έχει εξαπλωθεί σε άλλο μέρος του σώματος.

**M1:** ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί σε άλλο μέρος του σώματος (Cancer Research UK,2010).

#### 4. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση αποτελεί ζωτικής σημασίας παράγοντα για τη ζωή του ασθενούς. Οι μη μελανωματικοί τύποι έχουν καλύτερη πρόγνωση από το μελάνωμα διότι δύσκολα κάνουν μεταστάσεις. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιοι προγνωστικοί παράγοντες τους οποίους ο θεράπων ιατρός πρέπει να αξιολογήσει για την έκβαση του καρκίνου. Σε αυτούς περιλαμβάνονται:

- Η εντόπιση
- Το μέγεθος και το βάθος του όγκου
- Η επανεμφάνισή του
- Ο τύπος ή ο υπό τύπος του όγκου
- Το στάδιο του όγκου
- Τα καρκινικά κύτταρα βρίσκονται μέσα ή γύρω από τα νεύρα
- Το άτομο είναι ανοσοκατεσταλμένο (Canadian Cancer Society, 2020).

## 5. ΠΡΟΛΗΨΗ

Ως πρόληψη ορίζουμε τις πράξεις που εκτελούνται με σκοπό να μειωθούν τα κρούσματα μιας ασθένειας. Συγκεκριμένα, με την πρόληψη του καρκίνου οι ερευνητές εστιάζουν στους παράγοντες κινδύνου, δηλαδή στους παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα ανάπτυξης του καρκίνου και στους παράγοντες προστασίας, δηλαδή σε αυτούς που οδηγούν στη μείωση της ανάπτυξής του. Αποτελείται από τρεις βαθμίδες: την πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη (National Cancer Institute, 2002).

Η πρωτογενής πρόληψη εστιάζει στην ενημέρωση όλων των πολιτών να παίρνουν μέτρα προστασίας ενάντια στον καρκίνο του δέρματος. Ένα από τα σημαντικότερα είναι η συχνή χρήση της αντηλιακής κρέμας για την αποφυγή των εγκαυμάτων από τον ήλιο. Η σωστή επιλογή του αντηλιακού είναι σημαντική, διότι το άτομο πρέπει να προστατευτεί από την UVA και UVB ακτινοβολία (Kornek & Augustin, 2013). Ο Δείκτης Προστασίας (SPF) από την ηλιακή ακτινοβολία αντιπροσωπεύει το ποσό της προστασίας από τα ηλιακά εγκαύματα σε σχέση με την μη τοποθέτηση του αντηλιακού. Παραδείγματος χάριν, αν ένα άτομο εκτεθεί στον ήλιο για 10 λεπτά θα καεί. Με τη χρήση SPF 30 θα ήθελε περίπου 30 φορές περισσότερο χρόνο (300 λεπτά) για να του προκληθεί έγκαυμα. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ακαδημία Δερματολογίας, η αντηλιακή κρέμα με SPF 30 θεωρείται η καταλληλότερη καθώς προστατεύει το δέρμα από το 97% της UV ακτινοβολία. Η επιλογή του σωστού αντηλιακού γίνεται με βάση τον τύπο δέρματος, αν υπάρχει κάποια αλλεργική αντίδραση καθώς και με την ηλικία του ατόμου. Το αντηλιακό θα πρέπει να εφαρμόζεται 20 με 30 λεπτά πριν την έκθεση στον ήλιο. Η επανατοποθέτησή του πρέπει να γίνεται κάθε 90 λεπτά ιδιαίτερα κατά τους καλοκαιρινούς μήνες (Guerra & Crane, 2019). Επίσης, κατά τις μεσημβρινές ώρες (11:00-16:00) θα πρέπει να αποφεύγετε η έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία, παραμένοντας στη σκιά. Επιπλέον, θα πρέπει να αποφεύγονται οι θάλαμοι μαυρίσματος δηλαδή το τεχνητό μαύρισμα (Kornek & Augustin, 2013). Τέλος, υπάρχει ειδικός ρουχισμός που μπορεί να προστατεύσει το δέρμα μας από τις ακτίνες του ηλίου. Λόγου χάριν, η χρήση του καπέλου, γυαλιά ηλίου και ειδικό ρουχισμό που δεν επιτρέπει να εισχωρήσει η ηλιακή ακτινοβολία στο δέρμα (Guerra & Crane, 2019).

Η δευτερογενής πρόληψη έχει ως γνώμονα τον προσυμπτωματικό έλεγχο, ο οποίος πρέπει να γίνεται κάθε δύο χρόνια σε άτομα άνω των 35 ετών. Η έγκυρη ανίχνευση του καρκίνου του δέρματος συμβάλλει στην καλύτερη αντιμετώπιση του (Kornek &



Augustin,2013). Το άτομο μπορεί να πραγματοποιήσει αυτοεξέταση είτε μόνος του είτε με κάποιο συγγενικό πρόσωπο είτε με τον δερματολόγο. Ο έλεγχος πρέπει να γίνει με σχολαστικό τρόπο σε όλη την επιφάνεια του δέρματος ακόμα και στο τριχωτό της κεφαλής. Υπάρχουν ειδικά εκπαιδευτικά φυλλάδια, τα οποία παρέχονται μέσω την Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, όπου οι πολίτες έχουν τη δυνατότητα να ενημερωθούν σχετικά με τον καρκίνο του δέρματος (Rigel & Carucci,2008).

Η τριτογενής πρόληψη συμβάλλει στην παρακολούθηση ενός προϋπάρχον καρκίνο του δέρματος με στόχο την αποφυγή της επανεμφάνισής του. Στους μη μελανωματικούς τύπους η διάρκεια παρακολούθησης κυμαίνεται στα 3 χρόνια σε αντίθεση με το μελάνωμα στον οποίο απαιτείτε ένα χρονικό διάστημα 10 χρόνων (Kornek & Augustin,2013).

## 6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της δερματικής κακοήθειας εξαρτάται τόσο από το στάδιο του καρκίνου όσο και από την θέση του. Ωστόσο, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτή όπως: η επανεμφάνιση του όγκου, τα καρκινικά κύτταρα επιδρούν στα γονίδια καθώς και στη κατάσταση της υγείας του ασθενούς (American Cancer Society,2019). Γενικά η θεραπεία κατά του μη μελανωματικού τύπου καρκίνου έχει ποσοστά ίασης 9 στα 10 περιστατικά (NHS,2019).Υπάρχουν δύο ειδών θεραπείες: η συντηρητική και η χειρουργική θεραπεία, οι οποίες θα αναλυθούν εκτενέστερα παρακάτω (American Cancer Society,2019).

### 6.1 Συντηρητική θεραπεία

Η ακτινοβολία αποτελεί μία μη επεμβατική μέθοδο καθώς δεν απαιτείται κάποια χειρουργική τομή ή αναισθησία. Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται σε όγκους που δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν χειρουργικά διότι οι ασθενείς είναι μεγάλοι σε ηλικία είτε δεν βρίσκονται σε καλή κατάσταση υγείας (Skin Cancer Foundation,2010). Για την καταστροφή των όγκων χρησιμοποιούνται χαμηλές δόσεις ακτινών X για την καλύτερη ασφάλεια. Ωστόσο, μπορεί να συνυπάρχει πόνος λίγες βδομάδες μετά την θεραπεία (NHS,2019). Επίσης, το Laser είναι μία αναίμακτη διαδικασία στην οποία αφαιρείται η εξωτερική στιβάδα του δέρματος. Ο γιατρός ελέγχει το βάθος του ιστού που θα αφαιρέσει (Skin Cancer,2010). Άλλη μία μέθοδος είναι η Φωτοδυναμική θεραπεία (PDT). Τοποθετείται στην πληγείσα περιοχή μία κρέμα τοπικά στους όγκους η οποία προκαλεί φωτοευαισθησία με σκοπό την καταστροφή του καρκίνου. Με την PDT μπορεί να συνοδεύεται αίσθημα καψίματος (NHS,2019).

Τέλος, οι αντικαρκινικές κρέμες χρησιμοποιούνται κατά κανόνα σε πρώιμα στάδια μη μελανωματικού δερματικού τύπου των βασικών κυττάρων. Υπάρχουν δύο ειδών αντικαρκινικές κρέμες: οι κρέμες χημειοθεραπείας και οι κρέμες ανοσοποίησης (NHS,2019). Ειδικότερα, στις κρέμες χημειοθεραπείας εμπεριέχεται μία ουσία που ονομάζεται 5-φλουορουρακίλη για την αντιμετώπιση των εσωτερικών όγκων καθώς και των επιφανειακών βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων. Η κρέμα τοποθετείται στον όγκο δύο φορές τη μέρα για τρεις με έξι εβδομάδες. Οι κρέμες ανοσοποίησης περιέχουν ένα φάρμακο με την ονομασία ιμοκιμόνη (Imiquimod). Η εφαρμογή της γίνεται με απαλό μασάζ στη πληγείσα περιοχή 5 φορές την εβδομάδα για έξι ή περισσότερες εβδομάδες. Η ιμοκιμόνη συμβάλλει στη ρύθμιση του ανοσοποιητικού συστήματος για

να παράγει ιντερφερόνη, η οποία επιτίθεται στα καρκινικά κύτταρα (Skin Cancer Foundation,2010).

## **6.2 Χειρουργική θεραπεία**

Η χειρουργική εκτομή είναι μία διαδικασία κατά την οποία γίνεται αφαίρεση του καρκίνου μαζί με τον υγιή ιστό για να επιτευχθεί η οριστική απομάκρυνσή του (MAYO CLINIC,2019). Επίσης, η Mohs χειρουργική επέμβαση η οποία και αυτή ενδείκνυται στη θεραπεία του βασικοκυτταρικού και ακανθοκυτταρικού δερματικού καρκίνου. Εφαρμόζεται όταν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος επανεμφάνισης ή εξάπλωσης της κακοήθειας καθώς και στις περιπτώσεις όπου είναι αναγκαίο να αφαιρεθεί μικρότερο μέρος της επιδερμίδας. Λόγου χάριν: στη μύτη και στις περιοχές κοντά στα μάτια (NHS,2019). Κατά τη διάρκεια της επέμβασης αυτής, ο θεράπων ιατρός, με τη χρήση του μικροσκοπίου αφαιρεί μόνο τα μη φυσιολογικά κύτταρα που έχουν αναπτυχθεί στην επιφάνεια του δέρματος αφαιρώντας όσο το δυνατό μικρότερη επιφάνεια του δέρματός του (MAYO CLINIC,2019).

Η κρυοθεραπεία εφαρμόζεται σε πρώιμα στάδια του καρκίνου. Γίνεται με τη χρήση υγρού αζώτου, το οποίο τοποθετείται πάνω στον όγκο, τον παγώνει σχηματίζοντας έτσι μία κηλίδα. Αφότου περάσει ένας μήνας, η κηλίδα θα πέσει αφήνοντας μία μικρή λευκή ουλή στο δέρμα. Τέλος, η απόξεση και ηλεκτροκαυτηρίαση (Διαθερμοπηξία) μπορεί να ταυτιστεί με την χειρουργική εκτομή. Θεωρείτε κατάλληλη όταν ο καρκίνος δεν βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο. Ο χειρουργός χρησιμοποιεί ένα ειδικό εργαλείο σε σχήμα κουταλιού, το κοχλίο, για να αφαιρέσει το ογκίδιο και κατόπιν με μία κυκλική λεπίδα καίει το τραύμα με σκοπό τη διακοπή της αιμορραγίας. Η διαδικασία αυτή μπορεί να επαναληφθεί 2 με 3 φορές για να διασφαλιστεί ότι όλα τα καρκινικά κύτταρα θα καταστραφούν (NHS,2019).

## **B' Μέρος**

### **1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Ο καρκίνος του δέρματος μπορεί να προκαλέσει παραμορφώσεις και ο ασθενής σε σύντομο χρονικό διάστημα να οδηγηθεί σε θάνατο. Αυτός ο τύπος καρκίνου διαφέρει από τους υπόλοιπους, διότι λόγω της εντόπισής του ,στην επιφάνεια του δέρματος, είναι εύκολη η ανίχνευσή του μόλις αρχίσει να αναπτύσσεται. Τα ποσοστά θεραπείας είναι 85%-99%. Όμως τα περιστατικά θα μπορούσαν να μειωθούν με την εφαρμογή απλών μέτρων προφύλαξης (Freak,2003).

Οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση των ασθενών για την πρόληψη του καρκίνου του δέρματος. Οι νοσηλευτές δύναται να εργασθούν ως υποστηρικτές των ασθενών καθώς και στην κοινότητα για την προαγωγή της υγείας. Σημαντική είναι η εκπαίδευση των ατόμων από την παιδική ακόμη ηλικία (Watson et al., 2016). Βασικό μέλημα των νοσηλευτών είναι η αξιολόγηση του δέρματος. Αυτή πρέπει να διενεργείται είτε από τους ειδικούς είτε τα άτομα να την πραγματοποιούν από μόνοι τους ως σκοπό την ανίχνευση δερματολογικών παθήσεων. Για να πραγματοποιηθεί αυτό πρέπει τα άτομα να λάβουν σωστή εκπαίδευση. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι σε θέση να διδάξουν στους ανθρώπους την πρόληψη της έγκυρης ανίχνευσης της νόσου, τους κινδύνους που εγκυμονεί η έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία (UVA & UVB), το τεχνητό μαύρισμα στα σαλόνια μαυρίσματος καθώς και πως μπορούν να προστατευθούν από αυτά. Επίσης, τα άτομα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα σημάδια του δερματικού καρκίνου. Με τη σειρά τους και οι πολίτες είναι σημαντικό να ενημερώνουν τον υπόλοιπο πληθυσμό (Freak,2003).

Το νοσηλευτικό προσωπικό υποχρεούται να ενημερώνεται για τα νέα δεδομένα που τυχόν θα προκύψουν σχετικά με τον καρκίνο του δέρματος. Ο στόχος αυτός μπορεί να επιτευχθεί με εκπαιδευτικά προγράμματα με θέμα «τη σημασία του μη μελανωματικού δερματικού καρκίνου και του μελανώματος» με την παρουσίαση διαφανειών (Freak,2003) και με ηλεκτρονική αναζήτηση στο διαδίκτυο (Watson et al., 2016). Τέλος, καταλυτικός παράγοντας της επιβίωσης είναι η έγκυρη ανίχνευση της κακοήθειας. Η πρώτη δερματική εξέταση πρέπει να πραγματοποιείται στην ηλικία των έξι μηνών και να συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής (Freak,2003) .

## 2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διάγνωση και την διαχείριση του καρκίνου του δέρματος. Η έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου συμβάλλει στη μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας των ασθενών. Όλοι οι νοσηλευτές πρέπει να είναι σε θέση να εκτελέσουν μία δερματική εξέταση καθώς και να ταξινομήσουν τα συμπτώματα και τις αντίστοιχες δερματικές βλάβες (Lucas et al.,2016). Για την ορθότερη αξιολόγηση της βλάβης θα πρέπει να έχει στο νου του τον μνημονικό κανόνα ABCDE, ο οποίος αντιπροσωπεύει την Ασυμμετρία, τα Σύνορα, το Χρώμα, τη Διάμετρο, την Εξέλιξη αντίστοιχα (Tazkai & NRSNG,2019).

Μία ακόμη σημαντική ενέργεια για τη διάγνωση αποτελεί η λήψη ενός καλού ιστορικού σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο. Αν το άτομο είχε νοσήσει στο παρελθόν από καρκίνο πρέπει να αναφέρει την χρονολογία, τον τύπο της κακοήθειας και το είδος της θεραπείας που του εφαρμόστηκε. Συνεχίζοντας, γίνονται ερωτήσεις σχετικά με την έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία, αν το άτομο συμμορφώνεται στην εξέταση δέρματος και αν την πραγματοποιεί μόνος του είτε απευθύνεται σε κάποιο ειδικό φορέα (Lucas et al.,2016).

Κατά τη διαδικασία της διάγνωσης ο νοσηλευτής πρέπει να εξασφαλίσει την συγκατάθεση του ασθενούς και να τον ενημερώσει περί της εξέτασης. Ειδικά, οι πληροφορίες που παρέχονται αφορούν τα φάρμακα που θα χρησιμοποιηθούν, το είδος της αναισθησίας (τοπική), τυχόν αλλεργίες που μπορεί να προκαλέσει το φάρμακο. Κατά την βιοψία, ο επαγγελματίας υγείας αναγράφει σε σωστές ετικέτες το υλικό που θα σταλθεί προς εξέταση. Μετά την ολοκλήρωση της εξέτασης, τοποθετεί επιθέματα στο σημείο που παρέμβει ο ιατρός. Ακολούθως, δίνει στον ασθενή προφορικές και γραπτές οδηγίες. Τέλος, τον ενημερώνει πότε περίπου θα βγουν τα αποτελέσματα και του τονίζει την περίπτωση επανάληψης της εξέτασης (Dewit, 2009).

### 3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι ογκολογικοί νοσηλευτές δεν συμμετέχουν μόνο στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου αλλά σημαντική είναι και η συμμετοχή τους στην θεραπεία (Lisboa, et al.,2016). Για την αποτελεσματικότερη παροχή της φροντίδας χρησιμοποιούν ως εργαλείο τους τη νοσηλευτική διεργασία. Σκοπός της θεραπείας είναι η διατήρηση της καλύτερης κατάστασης υγείας των ασθενών (Jomar & Regia,2014).

Πρωτίστως οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να εκπαιδύσουν τους ασθενείς για τη σωστή υγιεινή του δέρματος. Το μπάνιο με χλιαρό νερό και ήπιο σαπούνι διατηρεί το δέρμα καθαρό. Τα άτομα πρέπει να αποφεύγουν το έντονο τρίψιμο του δέρματος κατά το στέγνωμα. Αντιθέτως ο σωστός τρόπος είναι με ταμποναριστές κινήσεις. Επίσης, δύναται να αποφεύγουν τις λοσιόν, τις κρέμες, τις αλοιφές, τα αποσμητικά και την αποφυγή της θερμότητας στη πληγείσα περιοχή. Όλα τα παραπάνω συνεργούν στη διατήρηση της καθαρότητας του δέρματος χωρίς ερεθισμούς (RNSpeak,2018).

Επιπλέον, συνιστάται η χρήση μαλακών/ βαμβακερών ρούχων και οι γυναίκες να μην φοράνε στηθόδεσμο σε περίπτωση άσκησης πίεσης. Το δέρμα κατά τη διάρκεια της θεραπείας γίνεται ιδιαίτερα ευάλωτο. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να αποφεύγεται ο οποιοσδήποτε ερεθισμός για την πρόληψη των τραυματισμών. Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές πρέπει να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να χρησιμοποιούν αντηλιακό και προστατευτικά ρούχα, τα οποία βοηθάνε το δέρμα να αναπνέει κατά την έκθεσή τους στην ηλιακή ακτινοβολία. Αυτό το μέσω, προστατεύει το δέρμα από την υπερϊώδη ακτινοβολία και μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης αντιδράσεων ανάκλασης (RNSpeak,2018).

Κύρια θεραπεία του δερματικού καρκίνου είναι η χημειοθεραπεία. Οι επαγγελματίες υγείας σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες χορηγούν τα κατάλληλα ενδοφλέβια (IV) φάρμακα (vismodegib, sonidegib). Το επιφανειακό βασικοκυτταρικό καρκίνωμα κατά κύριο λόγο θεραπεύεται με τοπικά φάρμακα σε αντίθεση με τους άλλους τύπου δερματικού καρκίνου. Ο πόνος είναι ένα φαινόμενο, ο οποίος εντοπίζεται συχνά. Στη συγκεκριμένη περίπτωση γίνεται αισθητός μετά τη διαδικασία της διάγνωσης ή της χημειοθεραπείας. Μέλημα του νοσηλευτή είναι η άμεση αντιμετώπισή του με τη χορήγηση των κατάλληλων φαρμάκων καθώς και η τακτική καταγραφή των ζωτικών σημείων (Tazkai & NRSNG,2019).

Ένας εξίσου πολύ σημαντικός παράγοντας, είναι η ενημέρωση των ασθενών για τις παρενέργειες που θα έχει η χημειοθεραπεία στην εξωτερική τους εμφάνιση. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας ο ασθενής θα έρθει αντιμέτωπος με την αλωπεκία. Ο νοσηλευτής πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή ότι σύντομα θα χάσει τα μαλλιά του για να μπορέσει να προετοιμαστεί κατάλληλα γι' αυτή την αλλαγή. Η κατάσταση αυτή στις περισσότερες περιπτώσεις είναι παροδική, διότι μετά το πέρας των χημειοθεραπειών, τα μαλλιά θα αναπτυχθούν πάλι. Επιπρόσθετα, υπάρχουν και άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες δερματολογικής φύσεως κυρίως: εξανθήματα, υπερχρωματισμός, απολέπιση του δέρματος στις παλάμες. Η πρόωμη ενημέρωση συμβάλλει στη μείωση της ανησυχίας του ασθενούς (RNspeak,2018).

Πέρα από την ενημέρωση των ασθενών, σημαντική είναι και η ενημέρωση των συνοδών και των συγγενών. Λόγω ότι η χημειοθεραπεία είναι μία αρκετά οδυνηρή διαδικασία, εύλογο είναι οι φροντιστές να γνωρίζουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων για τη γρήγορη ενημέρωση των νοσηλευτών και την πρόληψη πιο σοβαρής αντίδρασης. Η ανάπτυξη ερεθισμού υποδηλώνει την αλλαγή της δοσολογίας των φαρμάκων (RNspeak,2018).

Υποχρέωση των νοσηλευτών είναι η αξιολόγηση της περιοχής του φλεβοκαθετήρα για ερύθημα, οιδήματα, ευαισθησία, αίσθημα κνησμού, καύσου, πόνου ακόμη και νέκρωση του ιστού. Η παρουσία εντοπισμένης φλεγμονής της φλέβας απαιτεί άμεση διακοπή του αντινεοπλασματικού παράγοντα και χρήζει ιατρική παρέμβαση. Τέλος, οι ασθενείς που λαμβάνουν αγωγή με μεθοτρεξάτη και 5-φθορουακίλη (5-FU) πρέπει να αποφεύγουν την έκθεση στον ήλιο διότι προκαλεί ερυθρές δερματικές περιοχές. Συνεπώς με την έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία πρέπει να γίνεται διακοπή των φαρμάκων αυτών (RNspeak,2018).

#### 4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου κλονίζεται μετά την διάγνωση της νόσου. Ο ασθενής διακατέχεται από άγχος και κατάθλιψη που τυχόν να οφείλεται στο φόβο της πραγματικής ή αναμενόμενης παραμόρφωσής του, λόγω των συνεχόμενων χειρουργικών επεμβάσεων ή χημειοθεραπειών στις οποίες πρόκειται να υποβληθεί. Μερικοί ακόμα επιβαρυντικοί παράγοντες είναι το οικονομικό κόστος, οι τεταμένες κοινωνικές σχέσεις καθώς και ο μειωμένος τρόπος ζωής (Riley,2015). Βασικός στόχος είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μέσω των κατάλληλων παρεμβάσεων για κάθε συγκεκριμένη περίπτωση (Lisboa, et al.,2016).

Η NICE το 2004 πρότεινε ένα μοντέλο σταδιοποίησης της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ατόμων με καρκίνο. Στόχος του ήταν οι ασθενείς να προσαρμοστούν σωματικά, συναισθηματικά και ψυχολογικά. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να συμμετάσχουν στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Σημαντικό θεμέλιο είναι η δημιουργία ενός περιβάλλοντος στο οποίο ο ασθενής να μπορεί να εκφράσει τις ανησυχίες και του φόβους του. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους στα άτομα με δερματικό καρκίνο αγγίζουν το 11%-23%. (Hansen,2013).

Η ψυχική κατάσταση του ασθενούς πρέπει να αξιολογείται συστηματικά, δηλαδή από τη στιγμή της διάγνωσης έως τις επεμβάσεις για θεραπευτικό σκοπό. Στη συνέχεια αναλύονται τα χρονικά σημεία στα οποία το άτομο χρήζει ψυχολογική υποστήριξη:

- Αρχική διάγνωση και διαγνωστική διαδικασία.

Οι ασθενείς που διαγιγνώσκονται με μελάνωμα στην αρχή επισημαίνουν σημαντική μείωση στη συναισθηματική τους κατάσταση, στη ποιότητα ζωής και ιδιαίτερα προβλήματα στον ύπνο και κόπωση.

- Θεραπεία.

Η πιο συνηθισμένη εντόπιση του καρκίνου του δέρματος είναι στο πρόσωπο. Κατά τη θεραπεία το άτομο θα εμφανίσει σημάδια παραμόρφωσης. Έρευνες έχουν δείξει ότι η αλλαγή στην εξωτερική εμφάνιση επηρεάζει τις κοινωνικές σχέσεις. Πιστεύουν ότι οι υπόλοιποι πολίτες τους σχολιάζουν, τους κοιτάνε είτε θα κάνουν επικριτικά σχόλια. Επιπλέον, 1 στους 4 ασθενείς με μελάνωμα που άρχισαν χημειοθεραπεία, ανέφεραν αυξημένα επίπεδα άγχους.



- Ανάρρωση, επιβίωση, επανεμφάνιση και απόλυση από ειδικές υπηρεσίες.

Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, οι ασθενείς παρακολουθούνται τακτικά λόγω κινδύνου επανεμφάνισης της νόσου μέσα σε μία δεκαετία. Αυτή η διαρκής απειλή, αλλά και το γεγονός ότι πρέπει να αναλάβουν ξανά τους ρόλους και τις ευθύνες τους, απαιτεί θετική προσαρμογή. Παραδείγματος χάριν, σε μία κλινική παρακολούθησης ατόμων με δερματικό καρκίνο όπου οι ασθενείς παρακολουθούσαν μία χρωματική αλλοίωση, το 54% ανέφερε κάποιο βαθμό ανησυχίας, με το 17% να επισημαίνει συμπτώματα παρόμοια με αυτά που άγχους.

- Μετάβαση από θεραπευτικούς σε μη θεραπευτικούς σκοπούς.

Οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν δυσκολίες προσαρμογής διακατέχονται από αισθήματα: απελπισίας, θλίψης και ανησυχίας σχετικά με το αβέβαιο μέλλον που τους περιμένει. Οι ανησυχίες αυτές δεν επικεντρώνονται μόνο για τον εαυτό τους αλλά και για τους άλλους.

- Έναρξη παρηγορητικής φροντίδας, θάνατος και πένθος (Hansen,2013).

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η ψυχολογική παρέμβαση, κυρίως κατά την οξεία φάση (διάγνωση) είναι αναγκαία. Οι βασικοί στόχοι της ψυχολογίας στον καρκινοπαθή ασθενή είναι:

- Η προσαρμογή της διάγνωσης και της θεραπείας.
- Η αντιμετώπιση των παρενεργειών για μία ποιοτικότερη ζωή.
- Η αντιμετώπιση της νέας πραγματικότητας της ζωής.
- Αναπροσαρμογή του ατόμου στη κοινωνική, εργασιακή, οικογενειακή του ζωή.
- Το άτομο να θέτει νέους προσωπικούς στόχους.
- Αντιμετώπιση των κλινικών διαταραχών και των αρνητικών συναισθημάτων: άγχος, κατάθλιψη, φόβος, πανικός, εκνευρισμός.
- Αντιμετώπιση του πόνου με ψυχολογικούς μεθόδους.
- Υποστήριξη από την οικογένεια.

Οι επαγγελματίες υγείας, οι συγγενείς και οι φίλοι, πρέπει να προσπαθήσουμε να βρεθούμε στην θέση του ατόμου που νοσεί, να προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε τι σημαίνει γι' αυτόν η ασθένεια και τι αντίκτυπο έχει στη ζωή του. Ο καρκίνος είναι μία πολυπαραγοντική νόσος. Ο κάθε άνθρωπος τη βιώνει διαφορετικά, είναι γενικά μία

πολύ δύσκολη κατάσταση ώστε το άτομο να καταφέρει να την αντιμετωπίσει μόνος του. Η ψυχολογία αποτελεί καταλυτικό παράγοντα στη διαδικασία της αντιμετώπισης του καρκίνου με την υποστήριξη να περικλείει όχι μόνο το ίδιο το άτομο αλλά και την οικογένειά του (Χατζηδημητρίου, 2014).

## Γ' Μέρος

### ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

#### 1. Next-Gen Therapeutics for Skin Cancer: Nutraceuticals

##### Abstract

Growing modernization and lifestyle changes with limited physical activity have impacted diet and health, leading to an increased cancer mortality rate worldwide. As a result, there is a greater need than before to develop safe and novel anticancer drugs. Current treatment options such as chemotherapy, radiotherapy and surgery, induce unintended side effects, compromising patient's quality of life, and physical well-being. Therefore, there has been an increased global interest in the use of dietary supplements and traditional herbal medicines for treatment of cancer. Recently, nutraceuticals or "natural" substances isolated from food have attracted considerable attention in the cancer field. Emerging research suggests that nutraceuticals may indeed prevent and protect against cancer. The intent of this article is to review some of the current spice-derived nutraceuticals in the treatment of melanoma and skin cancer.

**Keywords:** Curcumin, Ginger, Herbs

## Περίληψη

Ο αυξανόμενος εκσυγχρονισμός και οι αλλαγές στον τρόπο ζωής, με περιορισμένη σωματική δραστηριότητα, έχουν επηρεάσει τη διατροφή και την υγεία, οδηγώντας σε αυξημένο ποσοστό θνησιμότητας από τον καρκίνο παγκοσμίως. Ως αποτέλεσμα, υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη από πριν για την ανάπτυξη ασφαλών και νέων αντικαρκινικών φαρμάκων. Οι τρέχουσες επιλογές θεραπείας, όπως η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η χειρουργική επέμβαση, προκαλούν ανεπιθύμητες παρενέργειες, διακυβεύουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς και τη σωματική ευεξία. Ως αποτέλεσμα, έχει αυξηθεί το παγκόσμιο ενδιαφέρον για τη χρήση συμπληρωμάτων διατροφής και παραδοσιακών βοτανικών φαρμάκων για τη θεραπεία του καρκίνου. Πρόσφατα, φάρμακα ή «φυσικές» ουσίες που έχουν απομονωθεί από τρόφιμα έχουν προσελκύσει σημαντική προσοχή στον τομέα του καρκίνου. Αναδυόμενη έρευνα δείχνει ότι το νουκλεϊκό οξύ μπορεί στην πραγματικότητα να αποτρέψει και να προστατεύσει από τον καρκίνο. Ο σκοπός αυτού του άρθρου είναι να αναθεωρήσει μερικά από τα τρέχοντα διατροφικά φαρμακευτικά προϊόντα που προέρχονται από μπαχαρικά στη θεραπεία του μελανώματος και του καρκίνου του δέρματος.

**Λέξεις-κλειδιά:** κουρκουμίνη, τζίντζερ, βότανα

## 2. Vitamin B Derivative (Nicotinamide) Appears to Reduce Skin Cancer Risk

### Abstract

Nicotinamide, an amide form of vitamin B3, has shown the potential to treat a variety of dermatological conditions, including acne, rosacea, and atopic dermatitis. Recent studies have demonstrated the role of nicotinamide, in both topical and oral forms, as a chemo preventive agent against skin cancer. Its anti-carcinogenic role may be due to its ability to enhance DNA repair and prevent ultraviolet (UV)-induced immunosuppression, which is known to contribute to the progression of pre-malignant lesions. Furthermore, nicotinamide is a precursor of essential coenzymes for many important reactions in the body, including the production of nicotinamide adenine dinucleotide (NAD). NAD is a key coenzyme in the synthesis of adenosine triphosphate (ATP), which transports chemical energy within cells. Therefore, nicotinamide plays a significant role in supporting energy-dependent cellular processes, including DNA repair.

Το παράγωγο της βιταμίνης Β (νικοτιναμίδιο) φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου του δέρματος

### Περίληψη

Η νικοτιναμίδη, μια αμιδική μορφή βιταμίνης Β3, έχει δείξει τη δυνατότητα αντιμετώπισης ποικίλων δερματολογικών καταστάσεων, συμπεριλαμβανομένης της ακμής, της ροδόχρου ακμής και της ατοπικής δερματίτιδας. Πρόσφατες μελέτες έχουν καταδείξει το ρόλο του νικοτιναμιδίου, τόσο σε τοπικές όσο και σε στοματικές μορφές, ως παράγοντα χημειοπροφύλαξης κατά του καρκίνου του δέρματος. Ο αντί-καρκινογόνος ρόλος του μπορεί να οφείλεται στην ικανότητά του να ενισχύει την αποκατάσταση του DNA και να εμποδίζει την ανοσοκαταστολή που προκαλείται από την υπερϊώδη ακτινοβολία (UV), η οποία είναι γνωστό ότι συμβάλλει στην εξέλιξη των προ-κακοήθων αλλοιώσεων. Επιπλέον, το νικοτιναμίδιο είναι ένας πρόδρομος των βασικών συνενζύμων για πολλές σημαντικές αντιδράσεις στο σώμα, συμπεριλαμβανομένης της παραγωγής δινουκλεοτιδίου αδενίνης νικοτιναμιδίου (NAD). Το NAD είναι ένα βασικό συνένζυμο στη σύνθεση της τριφωσφορικής αδενοσίνης (ATP), η οποία μεταφέρει χημική ενέργεια μέσα στα κύτταρα. Επομένως, το νικοτιναμίδιο παίζει σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη ενεργειακά εξαρτώμενων κυτταρικών διεργασιών, συμπεριλαμβανομένης της επισκευής του DNA.

### 3. Health-related Quality of Life in Cutaneous Lymphomas: Past, Present and Future

#### Abstract

Previous studies have reported that primary cutaneous lymphomas profoundly influence patients' health-related quality of life (HRQoL). However, assessment of this psycho-social concept is not common in routine patient care unless required within clinical trials. The aim of this review is to provide a comprehensive overview of HRQoL measures and outcomes in cutaneous lymphomas in order to inform clinicians. Advanced-stage cutaneous lymphomas were found to be associated with worse HRQoL than early-stage disease. Specifically, progression of the disease, age, sex, psychosocial issues, educational level and therapy were related to the extent of impairment of HRQoL. Treatment response was linked to improved HRQoL, but notably ameliorated HRQoL scores were also reported despite objective disease response. However, the variety of instruments applied to measure HRQoL in cutaneous lymphomas makes it difficult to compare data directly. In conclusion, speciality-specific HRQoL instruments were superior to generic ones, which probably failed to recognize small, but relevant, changes, demonstrating the need for a disease-specific tool.

**Keywords:** patient care; primary cutaneous lymphomas; quality of life; quality of life questionnaires; health-related quality of life.

Ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία σε δερματικά λεμφώματα: παρελθόν, παρόν και μέλλον

### Περίληψη

Προηγούμενες μελέτες ανέφεραν ότι τα πρωτογενή δερματικά λεμφώματα επηρεάζουν βαθιά την ποιότητα ζωής των ασθενών (HRQoL). Ωστόσο, η αξιολόγηση αυτής της ψυχοκοινωνικής αντίληψης δεν είναι συνηθισμένη στην καθημερινή φροντίδα των ασθενών, εκτός εάν απαιτείται εντός κλινικών δοκιμών. Σκοπός αυτής της ανασκόπησης είναι να παράσχει μια συνολική εικόνα των μέτρων και των αποτελεσμάτων του HRQoL σε δερματικά λεμφώματα, προκειμένου να ενημερωθούν οι κλινικοί γιατροί. Τα δερματικά λεμφώματα με προχωρημένο στάδιο βρέθηκαν να συνδέονται με χειρότερη HRQoL από ότι η νόσος του πρώιμου σταδίου. Συγκεκριμένα, η πρόοδος της νόσου, η ηλικία, το φύλο, τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η θεραπεία σχετίζονταν με την έκταση της βλάβης του HRQoL. Η απόκριση της θεραπείας συνδέθηκε με τη βελτίωση του HRQoL, αλλά σημειώθηκαν επίσης βελτιωμένες βαθμολογίες HRQoL παρά την αντικειμενική απόκριση της νόσου. Ωστόσο, η ποικιλία των οργάνων που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση του HRQoL σε δερματικά λεμφώματα καθιστά δύσκολη τη σύγκριση δεδομένων απευθείας. Συμπερασματικά, τα εργαλεία HRQoL ειδικά για την ειδικότητα ήταν ανώτερα από τα γενικά, τα οποία πιθανώς δεν κατάφεραν να αναγνωρίσουν μικρές αλλά σχετικές αλλαγές, επιδεικνύοντας την ανάγκη για ένα εργαλείο ειδικά για την ασθένεια.

**Λέξεις-κλειδιά:** φροντίδα ασθενών πρωτογενή δερματικά λεμφώματα. ποιότητα ζωής; ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής · ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία.



#### 4. Impact of Depression on Health-Related Quality of Life among Skin Cancer Survivors

##### Abstract

**Introduction:** Skin cancers are one of the most common cancers in the United States (US). Studies have reported depression to be a common comorbid condition among individuals with skin cancer. This study aimed to evaluate the relationship of depression with health-related quality of life (HRQOL) among individuals with a skin cancer diagnosis.

**Methods:** A cross-sectional study design using the 2017 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) data, a nationally representative sample of non-institutionalized US adults, was utilized for the study. Multivariable logistic regression was used to assess the relationship between depression and the HRQOL domains (general health status, physical health, mental health, and activity limitations due to poor physical or mental health) among survivors of skin cancer.

**Results:** Comorbid depression was identified in 20% of skin cancer survivors. After adjusting for covariates, skin cancer survivors with depression had higher odds of having poor general health status (Odds Ratio [OR] = 1.67, 95% Confidence Interval [CI] 1.41-1.98) as compared to skin cancer survivors without depression. Skin cancer survivors with depression also had greater odds of having poor physical HRQOL (OR = 1.82, 95% CI 1.53-2.15), poor mental HRQOL (OR = 6.38, 95% CI 5.26-7.74), and activity limitations (OR = 2.42, 95% CI 2.03-2.89) as compared to those without depression.

**Conclusion:** This study highlights the significant negative impact of comorbid depression on HRQOL in a nationally representative sample of skin cancer survivors, and serves as evidence for the need for more active surveillance and management of depression in this population.

Επιπτώσεις της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία μεταξύ των επιζώντων του καρκίνου του δέρματος

Περίληψη

**Εισαγωγή:** Οι καρκίνοι του δέρματος είναι ένας από τους συνηθέστερους καρκίνους στις Ηνωμένες Πολιτείες (ΗΠΑ). Μελέτες έχουν αναφέρει ότι η κατάθλιψη είναι μια κοινή συνυπάρχουσα κατάσταση μεταξύ των ατόμων με καρκίνο του δέρματος. Αυτή η μελέτη στοχεύει στην αξιολόγηση της σχέσης της κατάθλιψης με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQOL) μεταξύ ατόμων με διάγνωση καρκίνου του δέρματος.

**Μέθοδοι:** Για τη μελέτη χρησιμοποιήθηκε ένας σχεδιασμός μελέτης εγκάρσιας διατομής με τη χρήση του συστήματος δεδομένων 2017 για το σύστημα παρακολούθησης του παράγοντα κινδύνου συμπεριφοράς (BRFSS), ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα εθνικών μη ενηλίκων των ΗΠΑ. Η πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε για να εκτιμηθεί η σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και των περιοχών HRQOL (γενική κατάσταση υγείας, σωματική υγεία, ψυχική υγεία και περιορισμοί δραστηριότητας λόγω κακής σωματικής ή ψυχικής υγείας) μεταξύ επιζώντων καρκίνου του δέρματος

**Αποτελέσματα:** Η συνυπάρχουσα κατάθλιψη εντοπίστηκε στο 20% των επιζώντων του καρκίνου του δέρματος. Μετά την προσαρμογή για ομοιοπαθητικά στοιχεία, οι επιζώντες με κατάθλιψη στον καρκίνο του δέρματος είχαν υψηλότερες πιθανότητες να έχουν κακή γενική κατάσταση υγείας (OR = 1,67, 95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI] 1,41-1,98) σε σύγκριση με τους επιζήσαντες του καρκίνου του δέρματος χωρίς κατάθλιψη. Οι επιζήσαντες του καρκίνου του δέρματος με κατάθλιψη είχαν επίσης μεγαλύτερες πιθανότητες να έχουν κακή φυσική HRQOL (OR = 1,82, 95% CI 1,53-2,15), κακή ψυχική HRQOL (OR = 6,38, 95% CI 5,26-7,74) και περιορισμούς δραστηριότητας (OR = , 95% CI 2.03-2.89) σε σύγκριση με εκείνα χωρίς κατάθλιψη.

**Συμπέρασμα:** Η μελέτη αυτή επισημαίνει τις σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις της συν-καταστολής κατάθλιψης στο HRQOL σε ένα αντιπροσωπευτικό σε εθνικό επίπεδο δείγμα επιζώντων καρκίνου του δέρματος και χρησιμεύει ως απόδειξη για την ανάγκη για πιο ενεργή παρακολούθηση και διαχείριση της κατάθλιψης σε αυτόν τον πληθυσμό.

## 5. Secondary Prevention Strategies for Nonmelanoma Skin Cancer

### Abstract

Skin cancer is the most commonly diagnosed cancer in the United States and has become a major public health problem that continues to grow. Despite numerous initiatives and increased public awareness of the dangers of skin cancer, the incidence of skin cancer continues to rise worldwide. This highlights the need for a critical review of existing skin cancer prevention strategies as a means to determine where targeted efforts may improve patient outcomes. In this article, we review the published literature and evaluate secondary prevention strategies for nonmelanoma skin cancer. Specifically, we examine the existing data on the use of chemopreventive agents for nonmelanoma skin cancer primarily in immunocompetent individuals, but also in organ transplant recipients, the best-studied immunosuppressed population. We also explore investigational therapies proposed for chemoprevention of nonmelanoma skin cancers.

Δευτερογενείς στρατηγικές πρόληψης για τον καρκίνο του δέρματος από μη μελανώματα

### Περίληψη

Ο καρκίνος του δέρματος είναι ο συχνότερα διαγνωσμένος καρκίνος στις Ηνωμένες Πολιτείες και έχει γίνει ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας που συνεχίζει να αυξάνεται. Παρά τις πολυάριθμες πρωτοβουλίες και την αυξημένη ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τους κινδύνους του καρκίνου του δέρματος, η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του δέρματος συνεχίζει να αυξάνεται παγκοσμίως. Αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη για μια κριτική επισκόπηση των υφιστάμενων στρατηγικών πρόληψης του καρκίνου του δέρματος ως μέσο για τον προσδιορισμό στο που οι στοχοθετημένες προσπάθειες μπορούν να βελτιώσουν τα αποτελέσματα των ασθενών. Σε αυτό το άρθρο, εξετάζουμε τη δημοσιευμένη βιβλιογραφία και αξιολογούμε τις στρατηγικές δευτερογενούς πρόληψης για τον καρκίνο του δέρματος του μη μελανώματος. Συγκεκριμένα, εξετάζουμε τα υπάρχοντα δεδομένα σχετικά με τη χρήση χημειοπροληπτικών παραγόντων για τον καρκίνο του δέρματος του μη μελανώματος, κυρίως σε ανοσοκατασταλικά άτομα, αλλά και σε λήπτες μεταμοσχεύσεων οργάνων, τον καλύτερο μελετημένο ανοσοκατεσταλμένο πληθυσμό. Διερευνώνται επίσης ερευνητικές θεραπείες που προτείνονται για χημειοπροφύλαξη μη μελανωματικού καρκίνου του δέρματος.

## 6. HPV and Skin Carcinogenesis

### Abstract

Epidemiological and biological studies provide several lines of evidence for the involvement of cutaneous beta human papillomaviruses (HPVs), together with ultraviolet (UV) radiation, in the development of cutaneous squamous cell carcinoma. These viruses appear to act with a hit-and-run mechanism, being necessary at an early stage of carcinogenesis and being dispensable for the maintenance of the malignant phenotype. Studies in experimental models show that beta HPVs, mainly via the E6 and E7 oncoproteins, are able to promote proliferation and to circumvent cellular stresses induced by UV radiation. These findings support a model of skin carcinogenesis in which beta HPV-infected keratinocytes remain alive despite the accumulation of UV-induced DNA mutations. In this manner, these cells become highly susceptible to progression towards malignancy. Thus, UV radiation is the main driver of skin cancer development, while beta HPVs act as facilitators of the accumulation of UV-induced DNA mutations.

**Keywords:** Cutaneous beta HPVs; Cutaneous squamous cell carcinoma; Ultraviolet radiation.

## HPV και δερματική καρκινογένεση

### Περίληψη

Οι επιδημιολογικές και βιολογικές μελέτες παρέχουν διάφορες ενδείξεις για τη συμμετοχή στον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV), μαζί με την υπεριώδη ακτινοβολία (UV), στην ανάπτυξη δερματικού καρκίνου του πλακώδους κυττάρου. Αυτοί οι ιοί φαίνεται να δρουν με έναν μηχανισμό χτύπησης και εκτέλεσης, ο οποίος είναι αναγκαίος σε πρώιμο στάδιο καρκινογένεσης και είναι μη διαθέσιμος για τη διατήρηση του κακοήθους φαινοτύπου. Μελέτες σε πειραματικά μοντέλα δείχνουν ότι οι βήτα HPV, κυρίως μέσω των ογκοπρωτεϊνών E6 και E7, είναι σε θέση να προάγουν τον πολλαπλασιασμό και να παρακάμπτουν τις κυτταρικές καταπονήσεις που προκαλούνται από την ακτινοβολία UV. Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζουν ένα μοντέλο καρκινογένεσης του δέρματος στο οποίο τα κερατινοκύτταρα που έχουν μολυνθεί από βήτα HPV παραμένουν ζωντανοί παρά τη συσσώρευση μεταλλάξεων DNA που προκαλούνται από υπεριώδη ακτινοβολία. Με αυτόν τον τρόπο, αυτά τα κύτταρα γίνονται πολύ ευαίσθητα στην εξέλιξη προς τη κακοήθεια. Έτσι, η ακτινοβολία UV είναι η κύρια κινητήρια δύναμη της ανάπτυξης του καρκίνου του δέρματος, ενώ οι βήτα HPV δρουν ως παράγοντες διευκόλυνσης της συσσώρευσης μεταλλάξεων DNA που προκαλούνται από υπεριώδη ακτινοβολία.

**Λέξεις-κλειδιά:** HPVs με β-δερματικούς βήτα; Δερματικό καρκίνωμα πλακωδών κυττάρων. Υπεριώδης ακτινοβολία.

7. A Self-Reported Study Toward Melanoma Knowledge, Protective Behavior and Personal Risk Among Nursing Faculty Students at AAB University of Kosovo

Abstract

**Introduction:** In nowadays, melanoma is one of the major problems of public health all over the world. In Kosovo, the incidence of melanoma has shown irregular tendency with significant increases and decreases in the last five years.

**Aim:** The aim of this paper was to detect the knowledge level of nursing students in Kosovo's University (AAB University) regarding melanoma and its risk factors; to evaluate their knowledge about the protection and prevention methods of melanoma as one of the main topics of dermatology and major problems of public health worldwide nowadays. Of a great importance, it was to evaluate the necessity of establishing a dermatology course in nursing curricula in Kosovo universities, as nurses have a key role in educating and promoting health in the population.

**Methods:** The training was conducted through slides, photos, videos and a questionnaire was used to collect the data before and after training. Data analysis was run through SPSS program version 20.0. Data were expressed through mean values and standard deviations. T-test, Anova and regression analysis were performed to test the relationship between the protective behaviors, knowledge, personal risk and level of concern.

**Results:** Results indicated a low level of knowledge and a fairly poor protective behavior among the participants.

**Conclusion:** On-going training and enrichment of school curricula emerged as an intervention to increase the awareness of the students toward potential risks of melanoma and ultimate change in the protective behavior.

**Keywords:** Melanoma, Risk factors, Nurses knowledge

Μια αυτοαναφερόμενη μελέτη για τη γνώση του μελανώματος, την προστατευτική συμπεριφορά και τον προσωπικό κίνδυνο μεταξύ των φοιτητών νοσηλευτικής στο πανεπιστήμιο AAB του Κοσσυφοπέδιου

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Σήμερα, το μελάνωμα είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας σε όλο τον κόσμο. Στο Κοσσυφοπέδιο, η συχνότητα εμφάνισης μελανώματος έχει παρουσιάσει παράτυπη τάση με σημαντικές αυξήσεις και μειώσεις την τελευταία πενταετία.

**Σκοπός:** Στόχος της εργασίας ήταν να ανιχνευθεί το επίπεδο γνώσης των φοιτητών νοσηλευτικής στο πανεπιστήμιο του Κοσσυφοπέδιου (Πανεπιστήμιο AAB) σχετικά με το μελάνωμα και τους παράγοντες κινδύνου του, να αξιολογήσουν τις γνώσεις τους σχετικά με τις μεθόδους προστασίας και πρόληψης του μελανώματος ως ένα από τα βασικά θέματα της δερματολογίας και των κυριότερων προβλημάτων της δημόσιας υγείας παγκοσμίως σήμερα. Έχει μεγάλη σημασία να αξιολογηθεί η αναγκαιότητα καθιέρωσης δερματολογικής σειράς μαθημάτων νοσηλευτικής στα πανεπιστήμια του Κοσσυφοπέδιου, καθώς οι νοσηλευτές έχουν βασικό ρόλο στην εκπαίδευση και την προώθηση της υγείας του πληθυσμού.

**Μέθοδοι:** Η εκπαίδευση πραγματοποιήθηκε μέσω διαφανειών, φωτογραφιών, βίντεο και χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο για τη συλλογή δεδομένων πριν και μετά την προπόνηση. Η ανάλυση δεδομένων εκτελέστηκε μέσω του προγράμματος SPSS έκδοση 20.0. Τα δεδομένα εκφράστηκαν με μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις. Οι δοκιμές T, Ανονα και η ανάλυση παλινδρόμησης πραγματοποιήθηκαν για να ελεγχθεί η σχέση μεταξύ των προστατευτικών συμπεριφορών, της γνώσης, του προσωπικού κινδύνου και του επιπέδου ανησυχίας.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν χαμηλό επίπεδο γνώσης και αρκετά κακή προστατευτική συμπεριφορά μεταξύ των συμμετεχόντων.

**Συμπέρασμα:** Η συνεχιζόμενη κατάρτιση και ο εμπλουτισμός των σχολικών προγραμμάτων προέκυψαν ως παρέμβαση για την αύξηση της ευαισθητοποίησης των σπουδαστών απέναντι σε πιθανούς κινδύνους μελανώματος και την τελική αλλαγή της προστατευτικής συμπεριφοράς.

**Λέξεις-κλειδιά:** Μελάνωμα, Παράγοντες κινδύνου, Γνώση νοσηλευτών.



## 8. Skin Cancer and Welding

### Abstract

Many workers in several different occupations can be exposed to ultraviolet radiation (UVR), which may increase their risk of developing skin cancer. Welding, an occupation employing an estimated 11 million people worldwide, is one such occupation. Welders are known to be exposed to the full spectrum of UVR from the welding arc and often experience burns and localized cutaneous erythema. In 2017, UVR from welding was classified as carcinogenic to humans based on sufficient evidence of ocular melanoma in humans. It has been hypothesized that exposure to UVR from the welding arc also may increase the risk of skin cancer among workers in this occupation. This review summarizes the current literature on skin cancer risk in welders.

## Καρκίνος του δέρματος και συγκόλληση

### Περίληψη

Πολλοί εργαζόμενοι σε διάφορα επαγγέλματα μπορούν να εκτεθούν στην υπεριώδη ακτινοβολία (UVR), η οποία μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του δέρματος. Η συγκόλληση, ένα επάγγελμα που απασχολεί περίπου 11 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως, είναι ένα τέτοιο επάγγελμα. Οι συγκολλητές είναι γνωστό ότι εκτίθενται στο πλήρες φάσμα UVR από το τόξο συγκόλλησης και συχνά εμφανίζουν εγκαύματα και εντοπισμένο δερματικό ερύθημα. Το 2017, η UVR από τη συγκόλληση ταξινομήθηκε ως καρκινογόνο για τον άνθρωπο με βάση τα επαρκή στοιχεία του οφθαλμικού μελανώματος στους ανθρώπους. Έχει υποτεθεί ότι η έκθεση σε UVR από το τόξο συγκόλλησης μπορεί επίσης να αυξήσει τον κίνδυνο καρκίνου του δέρματος μεταξύ των εργαζομένων σε αυτό το επάγγελμα. Αυτή η ανασκόπηση συνοψίζει την τρέχουσα βιβλιογραφία σχετικά με τον κίνδυνο καρκίνου του δέρματος σε συγκολλητές.

9. Coffee, tea, caffeine, and risk of nonmelanoma skin cancer in a Chinese population: The Singapore Chinese Health Study

Abstract

**Background:** Although epidemiologic studies in populations of European descent suggest a possible chemoprotective effect of caffeine against nonmelanoma skin cancer (NMSC), data in Asian populations are lacking.

**Objectives:** We examined the relationship of coffee, tea, and caffeine consumption with NMSC risk among Chinese in Singapore.

**Methods:** We used data from the Singapore Chinese Health Study, a prospective cohort of 63,257 men and women who were 45 to 74 years old at recruitment from 1993 to 1998. Hazard ratios (HRs) and 95% confidence intervals (CIs) were estimated by using multivariable Cox proportional hazard models.

**Results:** Coffee drinking was associated with reduced NMSC risk in a dose-dependent manner ( $P$  trend < .0001). Compared with those who drank coffee less than weekly, those who drank 3 or more cups per day had a lower risk of basal cell carcinoma (HR, 0.54; 95% CI, 0.31-0.93) and a lower risk of squamous cell carcinoma (HR, 0.33; 95% CI, 0.13-0.84). Compared with nondrinkers of black tea, daily drinkers of black tea also had a reduced risk of NMSC (HR, 0.70; 95% CI, 0.52-0.94). Caffeine intake reduced NMSC risk in a stepwise manner ( $P$  trend = .0025); subjects with a caffeine intake of 400 mg/d or more had the lowest risk (HR, 0.59; 95% CI, 0.34-1.04).

**Conclusion:** Consumption of caffeinated drinks such as coffee and black tea may reduce the risk of NMSC among Chinese.

**Key words:** caffeine, Chinese, coffee, nonmelanoma skin cancer, tea

Καφές, τσάι, καφεΐνη και κίνδυνος καρκίνου του δέρματος από μη μελανώματα σε κινεζικό πληθυσμό: Μελέτη κινεζικής υγείας στη Σιγκαπούρη

## Περίληψη

**Ιστορικό:** Παρόλο που οι επιδημιολογικές μελέτες σε πληθυσμούς ευρωπαϊκής προέλευσης υποδηλώνουν πιθανή χημειοπροστατευτική επίδραση της καφεΐνης κατά του καρκίνου του δέρματος του μη μελανώματος (NMSC), δεν υπάρχουν δεδομένα στους ασιατικούς πληθυσμούς.

**Στόχοι:** Εξετάσαμε τη σχέση κατανάλωσης καφέ, τσαγιού και καφεΐνης με τον κίνδυνο NMSC μεταξύ των Κινέζων στη Σιγκαπούρη.

**Μέθοδοι:** Χρησιμοποιήσαμε στοιχεία από τη μελέτη κινεζικής υγείας της Σιγκαπούρης, μια προοπτική κοόρτη 63.257 άνδρες και γυναίκες ηλικίας 45 έως 74 ετών κατά την πρόσληψη 1993-1998. Οι αναλογίες κινδύνου (HR) και τα διαστήματα εμπιστοσύνης 95% (CI) υπολογίστηκαν με τη χρήση προτύπων κινδύνου πολλαπλών μεταβλητών Cox.

**Αποτελέσματα:** Η κατανάλωση καφέ συνδέθηκε με μειωμένο κίνδυνο NMSC με δοσοεξαρτώμενο τρόπο (τάση  $P < .0001$ ). Σε σύγκριση με όσους έπιναν καφέ λιγότερο από μία εβδομάδα, όσοι έπιναν 3 ή περισσότερα φλιτζάνια ημερησίως εμφάνιζαν μικρότερο κίνδυνο καρκινώματος βασικών κυττάρων (HR, 0,54, 95% CI, 0,31-0,93) και μικρότερος κίνδυνος καρκίνου του πλακώδους κυττάρου (HR, 0,33, 95% CI, 0,13-0,84). Σε σύγκριση με τους άνδρες που δεν έπιναν μαύρο τσάι, όσοι έπιναν κάθε μέρα τσάι είχαν επίσης μειωμένο κίνδυνο NMSC (HR, 0,70, 95% CI, 0,52-0,94). Η πρόσληψη καφεΐνης μείωσε τον κίνδυνο NMSC σταδιακά (τάση  $P = .0025$ ). Τα άτομα με πρόσληψη καφεΐνης 400 mg / d ή περισσότερο είχαν τον χαμηλότερο κίνδυνο (HR, 0,59, 95% CI, 0,34-1,04).

**Συμπέρασμα:** Η κατανάλωση καφεϊνούχων ποτών όπως ο καφές και το μαύρο τσάι μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο NMSC μεταξύ των Κινέζων.

**Λέξεις-κλειδιά:** καφεΐνη, κινέζικα, καφές, καρκίνος του δέρματος από μη μελανώματα, τσάι

## 10. Skin Cancer

### Abstract

Skin cancer accounts for most malignancies across the globe. They are primarily divided into melanoma and nonmelanoma skin malignancies. Nonmelanoma skin cancer includes basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma. Fair skin and chronic ultraviolet B exposure are the most important risk factors. Primary prevention is achieved by avoiding sun exposure and tanning beds.

**Keywords:** Basal cell carcinoma; Dermoscopy; Excision margin; Histopathologic; Melanoma; Melanonychia; Squamous cell carcinoma.

## Καρκίνος του δέρματος

### Περίληψη

Ο καρκίνος του δέρματος αντιπροσωπεύει τις περισσότερες κακοήθειες σε ολόκληρο τον πλανήτη. Κατατάσσονται κατά κύριο λόγο σε κακοήθειες του δέρματος μελανώματος και μη μελανώματος. Ο μη μελανωματικός καρκίνος του δέρματος περιλαμβάνει καρκίνωμα βασικών κυττάρων και καρκίνωμα πλακωδών κυττάρων. Η δίκαιη έκθεση του δέρματος και της χρόνιας υπεριώδους Β είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου. Η πρωτοβάθμια πρόληψη επιτυγχάνεται αποφεύγοντας την έκθεση στον ήλιο και τα κρεβάτια μαυρίσματος.

**Λέξεις κλειδιά:** Καρκίνωμα βασικών κυττάρων. Dermoscopy; Περιθώριο έκπτωσης. Ιστοπαθολογία; Μελάνωμα; Μελανωονία; Καρκίνωμα σκουαμιού.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ξένη Βιβλιογραφία

- Al- Dujaili, Z., Henry, M., Dorizas, S. A., Sadick, S. N., 2017. *Skin cancer concerns particular to women*. International Journal of Women's Dermatology, 3(1), p.123-125.
- American Cancer Society, 2019. *Treatment of Melanoma Skin Cancer, by Stage*, [internet] 14 August. Available at: <https://www.cancer.org/cancer/melanoma-skin-cancer/treating/by-stage.html>
- American Cancer Society, 2019. *Basal and Squamous Cell Skin Cancer Stages*, [internet] 26 July. Available at: <https://www.cancer.org/cancer/basal-and-squamous-cell-skin-cancer/detection-diagnosis-staging/staging.html>
- Apalla, Z., et al., 2017. *Epidemiological trends in skin cancer*. Dermatology Practical & Conceptual, 7(2), p. 1-6.
- Bhattacharya, K., Joshi, N., Shah, R., Nahar, K. V., 2019. *Impact of Depression on Health-Related Quality of Life among Skin Cancer Survivors*. The Journal of Cutaneous Medicine, 70(6), p. 381-394.
- Brown, M. T., Krishnamurthy, K., 2018. *Histology, Dermis*, StatPearls [Internet] 6 December. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535346/> [Accessed 23 Δεκεμβρίου 2019].
- Brunssen, A., et al., 2017. *Impact of skin cancer screening and secondary prevention campaigns on skin cancer incidence and mortality: A systematic review*. J AM ACAD DERMATOL, 76(1), p.129-150.
- Canadian Cancer Society, 2020. *Prognosis and survival for non-melanoma skin cancer*. Available at: <https://www.cancer.ca/en/cancer-information/cancer-type/skin-non-melanoma/prognosis-and-survival/?region=sk>
- Cancer Research UK, 2010. *Melanoma skin cancer: Clark and Breslow staging*, [internet] 27 June. Available at: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/melanoma/stages-types/clark-breslow-staging> [ Accessed 8 Ιανουαρίου 2020].

- Cancer Research UK, 2010. *Melanoma skin cancer: TNM Staging*, [internet] 27 June. Available at: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/melanoma/stages-types/tnm-staging>
- Cancer Research UK, 2010. *Skin Cancer: Risks and causes*, [internet] 24 October. Available at: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/skin-cancer/risks-causes> [Accessed 8 Ιανουαρίου 2020].
- Cancer Research UK, 2010. *Skin Cancer: Types*, [internet] 24 September. Available at: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/skin-cancer/types> [Accessed 30 Δεκεμβρίου 2019].
- CTCA, 2020. *Skin Cancer: Diagnosing skin cancer*. Available at: <https://www.cancercenter.com/cancer-types/skin-cancer/diagnosis-and-detection>
- Dahdashtian, A., et al., 2018. *Melanoma: Anatomy and Physiology of the Skin*, [internet] 07 June. Available at: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-78310-9\\_2](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-78310-9_2) [Accessed 10 Ιανουαρίου 2020].
- Dichiara, 2019. *How the Stages of Melanoma Are Determined*. Available at: <https://www.verywellhealth.com/clark-level-and-breslow-thickness-for-melanoma-staging-3010751>
- Enninga, L. E-A., et al., 2017. *Survival of cutaneous melanoma based on sex, age, and stage in the United States, 1992-2011*. *Cancer Medicine*, 6(10), p.2203- 2212.
- Falcone, M. L., Zeidler- Erdely, C. P., 2019. *Skin Cancer and Welding*. *Clin Exp Dermatol*, 44(2), 130-134.
- Freak, J., 2003. *Nurses' role in public education on the risks of skin cancer*. *Nurses Time*, [internet] 24 June. Available at: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/dermatology/nurses-role-in-public-education-on-the-risks-of-skin-cancer-24-06-2003/>
- Gordon, R., 2013. *Skin Cancer: An overview of epidemiology and risk factors*, *Seminars in Oncology Nursing*, 29(3), p.160-169.
- Grant, A., 2016. *Skin cancer: An ideal candidate for preventive medicine*. *UMOMJ*, 85(2), p.38-40.
- Gruber, P., Shah, M., Zito, M. P., 2019. *Cancer, Skin (Integument)*. *StatPearls*, [Internet] 23 June. Available at:



- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441949/> [Accessed 26 Δεκεμβρίου 2019].
- Guerra, C. K., Crane, S. C., 2019. *Skin Cancer Prevention*, StatPearls [Internet] 10 November. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519527/> [Accessed 5 Ιανουαρίου 2020].
  - Hansen, E., 2013. *Psychosocial Support for Adult Skin Cancer Patients*. London Cancer, p.1-11
  - Heistein, B. J., Acharya, U., 2019. *Cancer, Malignant Melanoma*. StatPearls, [Internet] 20 December. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470409/> [ Accessed 25 Δεκεμβρίου 2019].
  - Jomar, T. R., Regia, V., 2014. *The most common nursing diagnoses among adults/seniors hospitalised with cancer: integrative review*. *ecancermedicalscience*, 8(462), p.1-12.
  - Jonak, C., et al., 2019. *Health-related Quality of Life in Cutaneous Lymphomas: Past, Present and Future*. *Acta Derm Venereol*, 99 (7), p.640-646.
  - Jones, T. O., et al., 2019. *Recognising Skin Cancer in Primary Care*. *Advances in Therapy*, 37(1), p.603-616.
  - IQWiG (Institute for Quality and Efficiency in Health Care), 2006. *How does skin work?*, InformedHealth.org [internet] 28 September. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279255/> [ Accessed 24 Δεκεμβρίου 2019].
  - Kolarsick, A.J.P., Kolarick, M-A., Goodwin, C., 2011. *Anatomy and physiology of skin*. *Dermatology Nurses' Association*, 3(4), p. 203- 213.
  - Kornek, T., Augustin, M., 2013. *Skin cancer prevention*. *JDDG*, p.283-298.
  - Linares, A. M., Zakaria, A., Nizran, P., 2015. *Skin Cancer*. *Primary Care*, 42(4), p.645-659.
  - Lisboa, I., et al., 2016. *Prevalent Signs and Symptoms in Patients with Skin Cancer and Nursing Diagnoses*. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17 (7), p. 3207-3211.
  - Lopez, T. A., Carvajal, D. R., Geskin, L., 2018. *Secondary Prevention Strategies for Nonmelanoma Skin Cancer*. *Oncology (Williston Park)*, 32(4), p.195-200.

- Lopez- Ojeda, W., Pandey, A., Alhadj, M., Oakley, M. A., 2019. *Anatomy Skin (Integument)*, StatPearls [Internet] 1 December. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441980/> [ Accessed 25 Δεκεμβρίου 2019].
- Lucas, S. A., et al., 2016. *A guide for dermatology nurses to assist in the early detection of skin cancer*. Journal of Nursing Education and Practice, 6(10), p. 71-79.
- MAYO CLINIC,2019. *Skin Cancer: Diagnosis*. Available at: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/skin-cancer/diagnosis-treatment/drc-20377608>
- Nazarali,S., Kuzel, P., 2017. *Vitamin B Derivative (Nicotinamide)Appears to Reduce Skin Cancer Risk*. Skin Therapy Lett, 22(5), p,1-4.
- National Cancer Institute, 2002. *PDQ Cancer Information Summaries: Skin Cancer Prevention (PDQ®)*, [internet] 10 April. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65998/> [Accessed 10 Ιανουαρίου 2020].
- National Cancer Institute, 2002. *PDQ Cancer Information Summaries: Genetics of Skin Cancer (PDQ®)*,[internet] 29 July. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65895/> [Accessed 30 Ιανουαρίου 2019].
- NHS, 2019. *Treatment-Skin cancer (non-melanoma)*.Available at: <https://www.nhs.uk/conditions/non-melanoma-skin-cancer/treatment/>
- Oh, C. C., Jin, A., Yuan, J-M., Koh, W-P., 2019. *Coffee, tea, caffeine, and risk of nonmelanoma skin cancer in a Chinese population: The Singapore Chinese Health Study*. JAAD, 81(2), p.395-402.
- Queen, L., 2017. *Skin cancer: causes, prevention, and treatment*. Available at: <https://digitalcommons.liberty.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1702&context=honors> [Accessed 15 Δεκεμβρίου 2019].
- Rafie, N., Hamedani, S-G., Ghiasvand, R., Miraghajani, M., 2015. *Kefir and Cancer: A Systematic Review of Literatures*. Archives of Iranian Medicine, 18(12), p. 852-857.

- Redondo, P., et al., 2019. *Holistic review of patients with melanoma of the skin: how can health systems create value and achieve better clinical outcomes?* *Ecancermedicalscience*, p. 1-13.
- Rigel, S. D., Carucci, A. J., 2008. Malignant melanoma: Prevention, early detection, and treatment in the 21st century. *American Cancer Society*, 50(4), p.215-236.
- Riley, J., 2015. *Focus on Skin Cancer: An Overview*. Ausmed, [internet] 08 November. Available at: <https://www.ausmed.com.au/cpd/articles/focus-on-skin-cancer-overview> [Accessed 16 Φεβρουαρίου 2020].
- RNspeak,2018. *Risk for impaired Skin Integrity- Cancer Nursing Care Plan*, [internet] 18 January. Available at: <https://www.rnspeak.com/risk-for-impaired-skintissue-integrity-cancer-nursing-care-plan/> [Accessed 17 Ιανουαρίου 2020].
- Skin Cancer,2017. *How is Skin Cancer Diagnosed?* Available at: <https://skincancer.net/diagnosis/>
- Skin Cancer Foundation, 2010. *Basal Cell Carcinoma*. Available at: <https://www.skincancer.org/international/gr-basal-cell-carcinoma/>
- Skin Cancer Foundation, 2010. *Melanoma Warning Signs: What You Need to Know About Early Detection*. Available at: <https://www.skincancer.org/skin-cancer-information/melanoma/melanoma-warning-signs-and-images/> [Accessed 28 Δεκεμβρίου 2019].
- Sopjani, S., Sopjani, I., Dushi, O., 2019. *A Self-Reported Study Toward Melanoma Knowledge, Protective Behavior and Personal Risk Among Nursing Faculty Students at AAB University of Kosovo*. *Medical Archives*, 73(3), p. 201-204.
- Sreedhar, A., Li, J., Zhao, Y., 2018. *Next-Gen Therapeutics for Skin Cancer: Nutraceuticals*. *Nutr Cancer*, 70(5), p. 1-21.
- Sundararajan, S., Badri, T., 2019. *Cancer, Metastatic Melanoma*. StatPearls, [Internet] 13 November. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470358/> [Accessed 30 Ιανουαρίου 2019].
- Tazkai, NRSNG, 2019. *Nursing Care Plan for Skin cancer-Melanoma, Basal Cell Carcinoma, Squamous Cell Carcinoma*. *Nursing.com*. Available at:

- <https://nursing.com/lesson/nursing-care-plan-for-skin-cancer-melanoma-basal-cell-carcinoma-squamous-cell-carcinoma/> [Accessed 16 Φεβρουαρίου 2020].
- Tommasino, M., 2019. *HPV and Skin Carcinogenesis*. Papillomavirus Res, 7, p.129-131.
  - Ward, H. W., et al., 2017. *Cutaneous Melanoma: Etiology and Therapy: Chapter 6 Clinical Presentation and Staging of Melanoma*. Codon Publications, [Internet] 21 December. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK481857/#chapter6.s5> [Accessed 28 Δεκεμβρίου 2019].
  - Watson, M., Holman, M. D., Maguire-Eisen, M., 2016. *Ultraviolet Radiation Exposure and Its Impact on Skin Cancer Risk*. Seminars in Oncology Nursing, 32 (3), p. 241-254.
  - WHO, 2009. Incidence of melanoma in people in aged under 55 years: Incidence of melanoma as defined by ICD-10 codes C43, D03 in the population aged under 55 years. ENHIS. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/97029/4.2.-Incidence-of-melanoma-EDITED\\_layouted.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/97029/4.2.-Incidence-of-melanoma-EDITED_layouted.pdf)
  - Yousef, H., Alhajj, M., Sharma, S., 2019. *Anatomy, Skin (Integument), Epidermis*, StatPearls [Internet] 12 June. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470464/> [Accessed 23 Δεκεμβρίου 2019].

#### Ελληνική Βιβλιογραφία

- Dewit, C. S., 2009. *Medical-Surgical Nursing*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Λαμπρινού και Λεμονίδου, Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη.
- James D.W., Berger, G.T., Elston, M.D., 2006. *Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Γ. Βουρβουλάκη και συν. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη.
- Moore, L.K., Dalley, F.A., Agur, M.R.A., 2012. *Clinically Oriented Anatomy*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Λ. Αρβανίτη. Κύπρος: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη.
- Platzer et al., 2011. *Taschenatlas Anatomie*. Μεταφρασμένο από Γερμανικά από Λ. Αρβανίτη. Κύπρος: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη.

- Γιατζίδης, Α., 2019. *Βασιλοκυτταρικό Καρκίνωμα, η πιο συνηθισμένη μορφή καρκίνου του δέρματος (φωτο)*.medlabnews.gr iatrikanea , [internet] 4 Ιουλίου. Διαθέσιμο από: [https://medlabgr.blogspot.com/2012/06/blog-post\\_27.html](https://medlabgr.blogspot.com/2012/06/blog-post_27.html) [Έγινε πρόσβαση στις 29 Δεκεμβρίου 2019].
- Παπάς, Β. Α., 2011. Συμβολή στην επιδημιολογική μελέτη του κακοήθους μελανώματος του δέρματος, σελ. 1-222.
- Χατζηδημητρίου, Α., 2014. *Καρκίνος: Πώς βοηθά η ψυχολογική υποστήριξη τον ασθενή*.iatronet, [διαδίκτυο] 8 Οκτωβρίου. Διαθέσιμο από : <https://www.iatronet.gr/ygeia/psyxiki-ygeia/article/28510/karkinos-pws-voitha-i-psyxologiki-ypostirixi-ton-astheni.html> [Έγινε πρόσβαση 18 Φεβρουαρίου 2020].
- Χατζημπούγιας Ι., 2000. *Στοιχεία Ανατομικής του Ανθρώπου*.5<sup>η</sup> έκδοση. Αθήνα: GM DESIGN.