



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ: Αγγελική Σοφία Φράγκου Α.Μ.: 786

Ευαγγελία Χαλβατζή Α.Μ.: 789

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: Λευκοθέα Ματσούλη

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2021

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ4

ABSTRACT6

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ7

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ8

Α΄ ΜΕΡΟΣ10

1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ10

2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ13

3.ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ15

Ορισμός15

4.ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ21

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ21

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ22

ΔΙΑΓΝΩΣΗ24

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ25

5.ΠΡΟΓΝΩΣΗ29

6.ΠΡΟΛΗΨΗ31

7.ΘΕΡΑΠΕΙΑ33

7.1ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ33

7.2 ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ35

Β΄ ΜΕΡΟΣ39

1.ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ39

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ41

3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ45

4.ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ51

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση51

Γ΄ ΜΕΡΟΣ56

ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ56

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ82

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του δέρματος είναι η πιο συχνή μορφή καρκίνου παγκοσμίως αλλά και στην Ελλάδα. Διακρίνεται σε Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα και Μελάνωμα. Αν και το καρκίνωμα των βασικών κυττάρων είναι η πιο συχνή μορφή καρκίνου, το μελάνωμα είναι αυτό που χαρακτηρίζεται ως το πιο θανατηφόρο καθώς δεν εμφανίζεται μόνο στο δέρμα αλλά δίνει μεταστάσεις και σε άλλα όργανα στα οποία υπάρχουν μελανοκύτταρα, όπως οι οφθαλμοί και οι νεφροί. Ο κύριος παράγοντας που οδηγεί στην ανάπτυξη του καρκίνου του δέρματος είναι η έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία (UV), ειδικά όταν αυτό συμβαίνει για πολύ ώρα ή σε μικρή ηλικία. Τα άτομα με ανοιχτό χρώμα δέρματος και μαλλιών είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν καρκίνο του δέρματος καθώς η μελανίνη δεν υπάρχει σε μεγάλη ποσότητα στο δέρμα τους. Αν και τα ποσοστά εμφάνισης είναι μεγάλα και τείνουν να αυξάνονται συνεχώς, η έγκαιρη πρόγνωση του καρκίνου του δέρματος αποφέρει σημαντικά αποτελέσματα και σώζει ζωές.

Η παρούσα εργασία διακρίνεται σε τρία μέρη και πραγματεύεται, στο Α μέρος την ανατομία και φυσιολογία του δέρματος, καθώς και την παθολογία του καρκίνου του δέρματος δίνοντας πληροφορίες για την κλινική εικόνα, την σταδιοποίηση και την διάγνωση του. Γίνεται ακόμη αναφορά στην πρόγνωση, την θεραπεία αλλά και τους τρόπους πρόληψης του καρκίνου του δέρματος. Στο Β μέρος αναλύεται ο ρόλος του νοσηλευτή τόσο όσον αφορά την διάγνωση και την θεραπεία του ασθενή, αλλά και στην ψυχολογική υποστήριξη που προσφέρει στον ασθενή, καθώς κατανοούμε πως αυτό είναι ένα σημαντικό μέρος του ρόλου του νοσηλευτή. Φτάνοντας στο τέλος της εργασίας μας, στο Γ μέρος θα βρείτε έρευνες και νέα δεδομένα που αφορούν τον καρκίνο του δέρματος.

Λέξεις Κλειδιά: Καρκίνος του δέρματος, Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, Μελάνωμα, Υπεριώδης ακτινοβολία, Ανοιχτό χρώμα μαλλιών, Ανοιχτό χρώμα δέρματος, Μελανίνη, Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

ABSTRACT

Skin cancer is the most common form of cancer worldwide and in Greece. It is divided into Basal cell carcinoma, Squamous cell carcinoma and Melanoma. Although basal cell carcinoma is the most common form of cancer, melanoma is the most deadly disease as it not only occurs on the skin but also metastasizes to other organs in which there are melanocytes, such as the eyes and kidneys. The main factor that leads to the development of skin cancer is exposure to ultraviolet (UV) radiation, especially when this happens for a long time or at a young age. People with light skin and hair color are more likely to develop skin cancer as melanin is not present in large amounts in their skin. Although the incidence rates are high and tend to increase constantly, early prognosis of skin cancer yields significant results and saves lives

The present paperwork is divided into three parts and deals, in part A, with the anatomy and physiology of the skin, as well as the pathology of skin cancer, giving information about its clinical picture, staging and diagnosis. Reference is also made to the prognosis, treatment and ways to prevent skin cancer. Part B analyzes the role of the nurse both in terms of diagnosis and treatment of the patient, but also in the psychological support it offers to the patient, as we understand that this is an important part of the role of the nurse. Reaching the end of our work, in part C you will find research and new data on skin cancer.

Key-Words: Skin cancer, Basal cell carcinoma, Squamous cell carcinoma, Melanoma, Solar radiation, Hair colour, skin colour, Nursing infereres

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Η πρώτη αναφορά στον καρκίνο του δέρματος γίνεται στο Ebers Papyrus, το οποίο χρονολογείται γύρω στο 1500 π.χ. και βρέθηκε στην Αίγυπτο. Ο Ιπποκράτης και άλλοι Έλληνες γιατροί επίσης αναφέρθηκαν στον καρκίνο του δέρματος. Στον πάπυρο Ebers βλέπουμε να υπάρχει ολόκληρο κεφάλαιο που αφορά τους όγκους του δέρματος, εξηγώντας τον τρόπο αντιμετώπισης τους. Γίνεται περιγραφή για χειρουργική αφαίρεση όγκων αλλά και τυχών μεταστάσεων. Ακόμα φαίνεται πως υπάρχει αναλυτική περιγραφή μίας επιδερμοειδούς κύστης και τον τρόπο της αφαίρεσης της (Hajdu, 2010). Οι δερματολογικές ασθένειες όπως και ο καρκίνος του δέρματος όπως φαίνεται συνέχισαν να μελετώνται και αργότερα, καθώς στο Ιταλικό ιατρικό εγχειρίδιο *De morbis cutaneis* η δερματολογία ερευνήθηκε ως ανεξάρτητος ιατρικός κλάδος. Πολύ αργότερα όμως, το 1801 ιδρύθηκε η πρώτη σχολή δερματολογίας, το Hospital saint Louis στο Παρίσι (Hartmann, 2016).

Μελέτες αναφέρουν πως οι βλαβερές επιπτώσεις του ήλιου είχαν παρατηρηθεί από τους αρχαίους Αιγύπτιους κιόλας, οι οποίοι είχαν κατασκευάσει την δικιά τους λοσιόν για την προστασία από τον ήλιο, χρησιμοποιώντας πίτουρο ρυζιού και γιασεμί. Στη συνέχεια οι αρχαίοι Έλληνες εκτός από τα μεγάλα καπέλα και τα πέπλα που διέθεταν για την προστασία τους φαίνεται να κάνουν χρήση ελαιόλαδου σε όλη την επιφάνεια του δέρματος. Το γνωστό σε όλους μας αντηλιακό ήρθε πολλά χρόνια αργότερα από τον Franz Greiter, Ελβετό χημικό το 1938 (Ludlow, 2020).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του δέρματος είναι υψηλότερη από αυτή όλων των άλλων καρκίνων σε συνδυασμό. Τα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του δέρματος τόσο μελανώματος όσο και μη μελανώματος συνεχίζουν να αυξάνονται. Οι 5,4 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις βασικών και πλακωδών καρκινωμάτων κυττάρων στις Ηνωμένες Πολιτείες ετησίως και 76.380 νέες περιπτώσεις κακοήθους μελανώματος κάθε χρόνο εγείρουν ανησυχίες τόσο για τους ασθενείς όσο και για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Οι θεραπείες για τον καρκίνο του δέρματος κοστίζουν στις Ηνωμένες Πολιτείες περισσότερα από 8 δισεκατομμύρια δολάρια κάθε χρόνο, καθιστώντας τον καρκίνο του δέρματος τον πέμπτο πιο δαπανηρό καρκίνο για το Medicare (Linus et al.,2016).

Το καρκίνωμα κερατινοκυττάρων (KC), συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου βασικοκυττάρων (BCC) και του καρκινώματος πλακωδών κυττάρων (SCC), είναι οι πιο συχνά διαγνωσμένοι καρκίνοι στις Ηνωμένες Πολιτείες(ΗΠΑ). Τα BCC αντιπροσωπεύουν σχεδόν το 80% όλων των KC που διαγιγνώσκονται ετησίως . Το υπόλοιπο 20% των περιπτώσεων KC είναι κυρίως (SCC). Η ανάπτυξη του BCC οφείλετε κυρίως στην εντατική έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία στην παιδική ηλικία και την εφηβεία, ενώ η ανάπτυξη του SCC σχετίζεται με χρόνια, αθροιστική έκθεση σε υπεριώδεις ακτινοβολίες για δεκαετίες (Matthews et al.,2018).

Το μελάνωμα είναι πολύ πιο συχνό στα λευκά από ότι σε άλλες εθνοτικές ομάδες. Συνολικά, ο κίνδυνος ανάπτυξης μελανώματος σε όλη τη ζωή είναι περίπου 2,4% στους Καυκάσιους, 0,1% στους Μαύρους και 0,5% στους Ισπανόφωνους . Ο κίνδυνος μελανώματος αυξάνεται με την ηλικία. Η μέση ηλικία κατά τη στιγμή της διάγνωσης είναι περίπου 60. Το μελάνωμα είναι περίπου 1,5 φορές πιο συχνό στους άνδρες από τα θηλυκά. Έχει αποδειχθεί ότι το ποσοστό επίπτωσης δεν διαφέρει σημαντικά έως την ηλικία των 40, ωστόσο, μετά την ηλικία των 75 ετών, η επίπτωση γίνεται σχεδόν τρεις φορές υψηλότερη στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες . Επιπλέον, η συχνότητα εμφάνισής του συνδέεται στενά με το συστατικό χρώμα του δέρματος και εξαρτάται από τη γεωγραφική ζώνη (Apalla et al.,2017). Αν και το μελάνωμα αντιπροσωπεύει λιγότερο από το 5% όλων των δερματικών κακοηθειών, είναι το πιο θανατηφόρο,

αντιπροσωπεύοντας το 75% όλων των θανάτων λόγω καρκίνου του δέρματος (Matthews et al.,2018).

Οι μελλοντικές προσδοκίες, όπως αναφέρεται από το Ολλανδικό Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας και Περιβάλλοντος, υποδηλώνουν πιθανή αύξηση του συνολικού αριθμού επιπλέον περιπτώσεων καρκίνου που σχετίζονται με περιβαλλοντικούς παράγοντες και αυξημένη υπεριώδη ακτινοβολία έως το 2060. Εκτός από τις περιβαλλοντικές αλλαγές, ένας άλλος κρίσιμος λόγος για μια περαιτέρω μελλοντική αύξηση της επίπτωσης του NMSC και του μελανώματος είναι το παρατεταμένο προσδόκιμο ζωής. Στοιχεία από το τμήμα πληθυσμού του Υπουργείου Οικονομικών και Κοινωνικών Υποθέσεων των Ηνωμένων Εθνών υπογραμμίζουν ότι η γήρανση του πληθυσμού, όπως καταγράφηκε από το 1950, είναι άνευ προηγουμένου και εκτιμάται ότι εντός των επόμενων τεσσάρων δεκαετιών, θα είναι ακόμη πιο γρήγορη. Μέχρι το 2050, αναμένεται ότι το 32% του παγκόσμιου πληθυσμού θα είναι άνω των 60 ετών. Δεδομένης της προδιάθεσης καρκίνου κερατινοκυττάρων για τους ηλικιωμένους, είναι λογικό το NMSC και το μελάνωμα να ακολουθήσει αυτήν την αύξηση της ηλικίας (Apalla et al.,2017).

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1. ANATOMIA

Το δέρμα είναι ένα ζωτικό όργανο και μάλιστα το μεγαλύτερο όργανο του ανθρώπινου οργανισμού. Η επιφάνεια που καλύπτει φτάνει τα δύο τετραγωνικά μέτρα ενώ το βάρος του φτάνει τα 12 κιλά και αποτελεί το 15% του συνολικού βάρους του σώματος. Το δέρμα αποτελεί την πρώτη γραμμή άμυνας της φυσικής ανόσιας. Προστατεύει τα μαλακά όργανα και τους ιστούς από τις μεταβολές του περιβάλλοντος. Έχει την δυνατότητα να αναστέλλει τη βακτηριακή ανάπτυξη. Η ελαφρά υγρασία και το pH του δέρματος προστατεύουν από τον πολλαπλασιασμό των βακτηρίων. Είναι υπεύθυνο για μια σειρά βασικών λειτουργιών, ενώ παράλληλα αποτελεί και δείκτη για την εκδήλωση παθήσεων σε διάφορα όργανα. Το δέρμα έχει περισσότερες από 1,5 εκατομμύρια νευρικές απολήξεις διάχυτα κατανεμημένες. Για τον λόγο αυτό είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται τις διαφορετικές αποχρώσεις του πόνου, ξεκινώντας από την απλή επαφή και τις δονήσεις μέχρι τον έντονο πόνο, να νοιώθει και να αισθάνεται πίεση, συμβάλλοντας στη σωστή αντίληψη της θέσης του σώματος και στην κίνηση, ενώ τέλος με την αντίληψη της ζέστης και του κρύου και γενικότερα των αλλαγών στη θερμοκρασία, συμβάλει στην προστασία του σώματος με την έκκριση ιδρώτα. Είναι ένας φυσιολογικός φραγμός που εμποδίζει τόσο παθητικά όσο και ενεργητικά την είσοδο των μικροβίων στον οργανισμό.

Η Επιδερμίδα

Η οποία είναι η εξωτερική στιβάδα του δέρματος. Αποτελείται από ένα σωματοποιημένο, πλακώδες επιθήλιο το οποίο σχηματίζεται κυρίως από κερατινοκύτταρα και δενδριτικά κύτταρα. Το πάχος της είναι περίπου 0,1 mm, αν και αυτό αλλάζει ανάλογα με την θέση της στο σώμα. Δεν περιέχει αιμοφόρα αγγεία και φλέβες. Εντός της επιδερμίδας βρίσκονται άλλοι κυτταρικοί πληθυσμοί. Τα τέσσερα πιο βασικά κύτταρα της επιδερμίδας είναι. Το επιδερμικό κύτταρο. Το μελανοκύτταρο, το οποίο είναι νευρικής προέλευσης, παράγει μελανίνη και είναι υπεύθυνο για το χρώμα του δέρματος. Έχει την ικανότητα να συνδέεται με έως και 36 επιδερμικά κύτταρα τα οποία τροφοδοτεί με μελανοσωμάτια (Uong and ZonL.,2010).

Το κύτταρο Langerhans, είναι δενδρικό κύτταρο προέρχεται από το μυελό των οστών και εντοπίζεται μόνο στην επιδερμίδα. Ανήκει στα αντιγονοπαρουσιαστικά κύτταρα και είναι πολύ σημαντικό για την ανοσιακή απάντηση του δέρματος (Rusol et al.,1989).

Το κύτταρο Merkel εντοπίζεται στην περιοχή του προσώπου και των ακροδαχτύλων, παράγει νευροενδοκρινείς ορμόνες και σε συνεργασία με νευρικές απολήξεις με τις οποίες συνδέεται παράγει νευρικά ερεθίσματα (αίσθηση αφής, βαθιά πίεση).Υπάρχουν 3 επιδερμικά εξαρτήματα, τα θυλάκια τρίχας που είναι υπεύθυνα για τα μαλλιά, τα νύχια και οι αδένες ιδρώτα. Οι επιδερμίδα υποδιαιρείτε σε πέντε στιβάδες (Halata et al.,2003).

1)Η βασική στιβάδα είναι το βαθύτερο στρώμα της επιδερμίδας. Σε αυτή την στιβάδα παράγονται τα μελανοκύτταρα και τα κερατινοκύτταρα. Από τα μελανοκύτταρα παράγεται η μελανίνη, πολύ σημαντική ουσία καθώς από αυτήν εξαρτάται το χρώμα του δέρματος. Η επιδερμίδα περιλαμβάνει τα κύτταρα του Merkel που εξυπηρετούν την αισθητική λειτουργία του δέρματος και είναι άφθονα σε περιοχές μεγάλης ευαισθησίας, και τα κύτταρα του Langerhans που συμμετέχουν στην ανοσολογική λειτουργία και είναι υπεύθυνα για την αναγνώριση και παρουσίαση των αλλεργιογόνων στα λεμφοκύτταρα.

2)Η ακανθωτή στιβάδα. Σε αυτή τα βασικά κύτταρα, μέσω της διαδικασίας turn-over, γίνονται πιο επίπεδα (πολύπλευρα) και συγκροτούν 14 στρώματα. Αυτά τα κύτταρα ονομάζονται ακανθωτά καθώς έχουν μικρά αγκάθια στο εξωτερικό των μεμβρανών τους. Το πάχος αυτής της υποστιβάδας είναι τυπικά από 50μm έως 150μm.

3)Η κοκκιώδης στιβάδα αποτελείται από 2 έως 4 στρώματα κοκκιωδών κυττάρων και έχει πάχος περίπου 3 μm. Αποτελείται από κύτταρα με ραβδοειδές σχήμα που περιέχουν κόκκους κερατοϊαλίνης, συσσωματώματα ινών κερατίνης που υπάρχουν σε κερατινοποιημένα κύτταρα.

4)Η διαυγής στιβάδα είναι ένα λεπτό διαυγές στρώμα αποτελούμενο από ελεϊδίνη. Βρίσκεται στις περιοχές που καλύπτουν τις παλάμες και τα πέλματα και έχει μεγάλη διαθλαστική ικανότητα.

5)Η κεράτινη στιβάδα είναι η εξωτερική υποστιβάδα με πάχος από 8-15μm. Συγκροτείται από αρκετά στρώματα σε εξαγωνικών επίπεδων κερατινοκυττάρων, περιβαλλόμενα από λιπίδια. Τα κερατινοκύτταρα σε αυτή τη στιβάδα είναι αφυδατωμένα, χωρίς οργανίδια και πληρωμένα με ίνες κερατίνης. Είναι υπεύθυνη για τον σχηματισμό φράγματος νερού και προστατεύει το δέρμα διατηρώντας την ικανότητα ενυδάτωσης του και αποτρέποντας την υπερδιήθηση εκτός από πολλές άλλες προστατευτικές λειτουργίες (www.bioximikos.gr).

Το χόριο

Είναι η δεύτερη κύρια στιβάδα του δέρματος και βρίσκεται κάτω από την επιδερμίδα. Είναι πολύ παχύτερη από την επιδερμίδα 1mm-4mm και αποτελείται κυρίως από ίνες κολλαγόνου και ελαστίνης. Είναι ένα ολοκληρωμένο σύστημα ινώδους, νηματοειδούς και άμορφου συνδετικού ιστού. Το βρεφικό χόριο αποτελείται από μικρές δέσμες κολλαγόνου ενώ το ενήλικο χόριο αποτελείται από παχύτερες ίνες κολλαγόνου. Το κολλαγόνο αντιπροσωπεύει το 70% του ξηρού βάρους του δέρματος. Διαθέτει 2 στιβάδες. Τη θηλώδη, η οποία είναι η ανώτερη στιβάδα του χορίου και η πιο λεπτή. Συγκροτείται από χαλαρό συνδετικό ιστό. Περιέχει το νευρικό και αγγειακό δίκτυο, τριχοειδή αγγεία και νερό. Η δικτυωτή στιβάδα είναι παχύτερο στρώμα, πιο βαθύ και αποτελείται από πυκνούς συνδετικούς ιστούς όπως δέσμες ινών κολλαγόνου (Καλογερόπουλος,2005).

Ο υποδόριος ιστός

Είναι το βαθύτερο στρώμα του δέρματος και περιέχει λιπώδεις κύτταρα τα οποία προστατεύουν τα αιμοφόρα αγγεία και τις νευρικές απολήξεις από τους κραδασμούς. Τα λιπώδη κύτταρα διαχωρίζονται από ινώδη διαφράγματα, τα οποία αποτελούνται από κολλαγόνο και μεγάλα αιμοφόρα αγγεία. Ο υποδόριος ιστός έχει πάχος 4mm-9mm κατά μέσο όρο, το οποίο όμως διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο και εξαρτάται από την κατανομή του λίπους στο σώμα. Το υποδόριο λίπος παρέχει ανθεκτικότητα και λειτουργεί ως αποθήκη ενέργειας και ενδοκρινικό όργανο (Καλογερόπουλος,2005).

2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το δέρμα είναι ένα πολύπλοκο όργανο το οποίο καλύπτει όλη την εξωτερική επιφάνεια του σώματος, για τον λόγο αυτό είναι το ποίο εκτεθειμένο όργανο ενάντια στους εξωτερικούς παράγοντες. Αποτελεί προστατευτικό τείχος απέναντι στους παθογόνους μικροοργανισμούς, μειώνει την διείσδυση χημικών και εμποδίζει την απώλεια νερού και ηλεκτρολυτών, επομένως προστατεύει από την αφυδάτωση και τις ασθένειες. Η κύρια λειτουργία του δέρματος είναι η προστατευτική, που ασκείτε έναντι βλαπτικών επιδράσεων του περιβάλλοντος. Το δέρμα προστατεύει από μηχανικές κακώσεις, την ηλιακή ακτινοβολία, τις μεταβολές της θερμοκρασίας, από χημικές προσβολές, από την διείσδυση ξένων μικρό- και μακρό- ουσιών (Καπέτης,2017). Τα κερατινοκύτταρα είναι τα πολυπληθέστερα κύτταρα της επιδερμίδας και παράγουν κερατίνη, μία σκληρής σύστασης ινώδη πρωτεΐνη στην οποία οφείλονται οι προστατευτικές ιδιότητες της επιδερμίδας.

Η κύρια λειτουργία του δέρματος ασκείτε από επιμέρους λειτουργίες όπως:

Θερμορύθμιση

Είναι μία σύνθετη λειτουργία που συμπεριλαμβάνει φυσικές χημικές και συμπεριφορικές διαδικασίες, οι οποίες επιτρέπουν την διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος σε ένα περιορισμένο εύρος ανεξάρτητα από τις εξωτερικές συνθήκες θερμοκρασίας και την εσωτερική παραγωγή θερμοκρασίας (Δούμας,2015). Ο θερμορυθμιστικός έλεγχος εξαρτάται από θερμικά ερεθίσματα που προέρχονται από το δέρμα και το εσωτερικό του ανθρώπινου οργανισμού. Οι θερμό-υποδοχείς βρίσκονται στον υποδόριο ιστό και αισθάνονται τόσο την απόλυτη θερμοκρασία όσο και τις αλλαγές της θερμοκρασίας. Οι θερμό-υποδοχείς στο κέντρο του οργανισμού βρίσκονται στον εγκέφαλο, στο νωτιαίο μυελό και στην κοιλιακή κοιλότητα. Όταν ο οργανισμός απαιτεί την αύξηση της θερμοκρασίας ενεργοποιείται το συμπαθητικό νευρικό σύστημα. Οι νευροδιαβιβαστές του συμπαθητικού συστήματος δεσμεύονται στους αδρενεργικούς υποδοχείς και στρέφουν το μεταβολισμό του σώματος προς την κατεύθυνση της θερμογένεσης (Δούμας,2015).

Εξωκρινής Λειτουργία

Το δέρμα μέσω των εξωκρινών αδένων αποβάλλει ιδρώτα οποίος περιέχει νερό, ουρία και άλατα καθώς και σμήγμα, το οποίο προστατεύει το δέρμα έναντι των μικροβίων και των μυκήτων σχηματίζοντας στην επιφάνεια του δέρματος έναν προστατευτικό λιπαρό υμένα.

Αισθητηριακή Λειτουργία

Το δέρμα έχει την ικανότητα να αποστέλλει στον εγκέφαλο πληροφορίες σχετικά με τις συνθήκες που επικρατούν στο εξωτερικό περιβάλλον, μέσω της αίσθησης της αφής, της θερμότητας, του άλγους και της πίεσης. Αυτό συμβαίνει με την βοήθεια του νευρικού συστήματος, καθώς στο δέρμα υπάρχει δίκτυο νευρών, νευρικών απολήξεων και νευρικών σωματιδίων.

Παραγωγή Βιταμίνης D

Τα κύτταρα της επιδερμίδας χρησιμοποιούν την υπεριώδη (UV) ακτινοβολία προκειμένου να συνθέσουν βιταμίνη D, ένα μόριο απαραίτητο για την απορρόφηση του ασβεστίου από την πεπτική οδό.

Μελανογένεση

Η υπεριώδης ακτινοβολία παίζει καταλυτικό ρόλο για την δημιουργία της μελανίνης. Τα μελανοκύτταρα τοποθετούνται στην βασική στιβάδα της επιδερμίδας. Διαθέτουν δενδρίτες, οι οποίοι μεταφέρουν την μελανίνη στα ζωντανά κύτταρα της επιδερμίδας. Η μελανίνη παίρνει θέση γύρω από τους κυτταρικούς πυρήνες και προστατεύει το γενετικό υλικό από την έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία.

Επούλωση

Το δέρμα έχει πολύ σημαντική θέση και στην διαδικασία επούλωσης. Συμμετέχει στη διαδικασία της φαγοκύτωσης, δηλαδή στο καθαρισμό του τραύματος μέσω της απομάκρυνσης του κατεστραμμένου ιστού και των μικροβίων. Ταυτόχρονα μεταφέρει μεγάλο αριθμό ινοβλαστών στο τραύμα και ξεκινάει την παραγωγή κολλαγόνου (Δούμας,2015).

3.ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ορισμός

Ο καρκίνος μπορεί να προσβάλλει κάθε άνθρωπο ανεξάρτητα από την εθνικότητα, το φύλο την ηλικία και αποτελεί από τα σοβαρότερα προβλήματα υγείας που παρατηρούνται σήμερα στις αναπτυγμένες χώρες. Σύμφωνα με τις στατιστικές, ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου μετά τις καρδιοπάθειες. Η συχνότητα της εμφάνισης του καρκίνου αυξάνεται διαρκώς με ραγδαίο ρυθμό. Περίπου το 95% των καρκίνων οφείλεται σε συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών αλλαγών, ενώ το υπόλοιπο 5% των περιπτώσεων του καρκίνου προέρχεται από κληρονομικές μεταλλάξεις. Ο καρκίνος έχει μία σύνθετη παθοφυσιολογία. Είναι μία ασθένεια των κυττάρων, τα οποία είναι βασικά δομικά στοιχεία του σώματος. Ο όρος χρησιμοποιείται για τις ασθένειες στις οποίες, ανώμαλα κύτταρα τα οποία δεν υπακούν στους νόμους ελέγχου, ανάπτυξης, και θανάτου που ρυθμίζουν τη ζωή των φυσιολογικών κυττάρων του οργανισμού, διαιρούνται χωρίς έλεγχο και μπορούν να εισβάλλουν σε άλλους ιστούς διαμέσου της λέμφου και του αίματος. Υπάρχουν πάνω από 100 διαφορετικοί τύποι καρκίνου. Οι περισσότεροι παίρνουν το όνομα τους από το όργανο ή τον τύπο κυττάρου από τα οποία αρχίζουν πχ. ο καρκίνος που αρχίζει από το έντερο ονομάζεται καρκίνος παχέος εντέρου, ο καρκίνος που αρχίζει από τα μελανοκύτταρα ονομάζεται μελάνωμα κτλ (Siegel et al.,2011).

Επιδημιολογία

Συνολικά, ο καρκίνος δημιουργεί την υψηλότερη κλινική, κοινωνική και οικονομική επιβάρυνση από την άποψη των ειδικών για κάθε έτος αναπηρίας-προσαρμοσμένων χρόνων ζωής (DALYs) μεταξύ όλων των ανθρώπινων ασθενειών. Ο συνολικός κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου 0–74 ετών είναι 20,2% (22,4% στους άνδρες και 18,2% στις γυναίκες, αντίστοιχα). Έχουν διαγνωστεί συνολικά 18 εκατομμύρια νέα κρούσματα το 2018, τα πιο συχνά από τα οποία είναι καρκίνοι του πνεύμονα (2,09 εκατομμύρια περιπτώσεις), του μαστού (2,09 εκατομμύρια περιπτώσεις) και του προστάτη (1,28 εκατομμύρια περιπτώσεις). Εκτός από τις ειδικές σεξουαλικές κακοήθειες, η αναλογία συχνότητας μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι > 1 για όλους τους καρκίνους, εκτός του θυρεοειδούς (δηλ.0,30). Όσον αφορά τη θνησιμότητα, ο καρκίνος είναι η δεύτερη παγκόσμια αιτία θανάτου (8,97 εκατομμύρια θάνατοι) μετά από ισχαιμική καρδιακή νόσο, αλλά πιθανότατα θα γίνει ο πρώτος το 2060 (~ 18,63 εκατομμύρια θάνατοι). Ο πνεύμονας,

το ήπαρ και το στομάχι είναι οι τρεις πιο θανατηφόροι καρκίνοι στον γενικό πληθυσμό, ενώ οι καρκίνοι του πνεύμονα και του μαστού είναι οι κύριες αιτίες θνησιμότητας που σχετίζονται με τον καρκίνο σε άνδρες και γυναίκες, αντίστοιχα (Mattiuzzi and Lippi,2019).

Παρά τις βελτιώσεις στη θεραπεία και την πρόγνωση τις τελευταίες δεκαετίες, επί του παρόντος ο καρκίνος είναι η δεύτερη πιο κοινή αιτία θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες, με περίπου 1630 θανάτους από καρκίνο κάθε μέρα. Το ένα τέταρτο όλων των ετήσιων θανάτων από καρκίνο αποδίδεται σε καρκίνους του πνεύμονα και του βρόγχου, καθιστώντας τον την πιο κοινή αιτία θανάτου από καρκίνο τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Το βάρος του καρκίνου έχει αυξηθεί παγκοσμίως. Είναι ανησυχητικό καθώς ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) προβλέπει ότι ο αριθμός των νέων περιπτώσεων καρκίνου αναμένεται να αυξηθεί κατά περίπου 70% τα επόμενα 20 χρόνια.

Ενώ υπάρχει σημαντική αλληλοεπικάλυψη σε κοινούς τύπους καρκίνων παγκοσμίως, οι αναπτυσσόμενες χώρες της Βόρειας Αμερικής και της Δυτικής Ευρώπης (μαζί με την Ιαπωνία, τη Δημοκρατία της Κορέας, την Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία) τείνουν να έχουν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης και θανάτου για καρκίνους που σχετίζονται με ιογενείς λοιμώξεις, όπως καρκίνο του ήπατος που σχετίζεται με ηπατίτιδα και καρκίνο του τραχήλου της μήτρας που σχετίζεται με τον ιό του ανθρώπου θηλώματος (HPV) (Arem and Loftifield,2018). Τα ενδιάμεσα ποσοστά ανήκουν στην Κεντρική και Νότια Αμερική, την Ανατολική Ευρώπη και σε ένα μεγάλο μέρος της Νοτιοανατολικής Ασίας (συμπεριλαμβανομένης της Κίνας), ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν σε μεγάλο μέρος της Αφρικής και της Δυτικής και Νότιας Ασίας (συμπεριλαμβανομένης της Ινδίας). Τέλος, υπάρχουν κάποιες ενδιαφέρουσες εξαιρέσεις αυτού του κανόνα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν η Ουρουγουάη και η Μογγολία, οι οποίες εμπίπτουν στην κατηγορία υψηλής συχνότητας. Η Ουρουγουάη, εν μέρει λόγω των ιδιαίτερα υψηλών ποσοστών καρκίνου του πνεύμονα (και άλλων μορφών καρκίνου που συνδέονται με το κάπνισμα) (Abascal,et al.,2012) και η Μογγολία, λόγω του εξαιρετικά υψηλού ποσοστού καρκίνου του ήπατος, που προκύπτει από την ιδιαίτερα υψηλή επικράτηση της λοίμωξης ηπατίτιδας Β (Baatarkhuu et al.,2018).

Ιστορική Αναδρομή

Ευρέως γνωστό είναι ότι οι Αρχαίοι Έλληνες ήταν οι πρώτοι που αναφέρθηκαν στον όρο καρκίνο. Μελέτες όμως έχουν φέρει στο φως στοιχεία για έναν τύπο καρκίνου, το οστεοσάρκωμα το οποίο εντοπίστηκε σε μούμιες της Αρχαία Αιγύπτου. Πάπυροι

χρονολογούμενοι το 1600πχ περιέχουν αναφορές για 8 τύπους καρκίνου που σαν μέσο αντιμετώπισης αναφέρετε ο καυτηριασμός ή αλλιώς «τρυπάνι της φωτιάς» βέβαια οι Αιγύπτιοι θεωρούσαν τον καρκίνο σαν θεϊκή τιμωρία για τις αμαρτίες τους (Vincent,2008). Επίσημη αναφορά στον όρο καρκίνο συναντώμαι στα Ιπποκρατικά κείμενα (460-367 πχ). Ο Ιπποκράτης αναφέρει ότι μέσα στο σώμα μας υπάρχουν 4 χυμοί, το αίμα, φλέγμα, κίτρινη χολή και μαύρη χολή, τα υγρά αυτά σε φυσιολογικές συνθήκες βρίσκονται σε ισορροπία μέσα στον οργανισμό όταν όμως μεγάλο μέρος μαύρης χολής συγκεντρώνεται σε ένα συγκεκριμένο μέρος του σώματος δημιουργείται ένας όγκος τον οποίο ονόμασε καρκίνο. Η θεωρία των «4 χυμών» έμεινε μέχρι και την Ρωμαϊκή Εποχή καθώς για αιώνες απαγορευόταν η οποιαδήποτε μελέτη του σώματος λόγω θρησκευτικών αιτιών, έτσι ο γνωστός γιατρός Γαληνός την υιοθέτησε την διέδωσε και εισήγαγε σε αυτή τον όρο «όγκος» υποδηλώνει το φορτίο που κουβαλά το σώμα όταν νοσεί καθώς δημιουργείται η αίσθηση βάρους από τους νοσούντες (Πανταζόπουλος,2019).

Τρόποι θεραπείας στην αρχαιότητα

Στις συνταγές του Ιπποκράτη εξέχουσα θέση κατείχε η πικραγγουριά, της οποίας τον χυμό χορηγούσε για τους καρκίνους του πεπτικού συστήματος, ενώ η ψίχα ενός «σικυού», ή άγριου αγγουριού, αναμεμειγμένη με κερήθρα και νερό, αποτελούσε φάρμακο τοπικής χρήσης για τον καρκίνο της μήτρας. Μερικά άλλα βότανα που χρησιμοποιήσουν ήταν σκληπιάς, ακαλύφη ή κνίδη, αριστολοχία, δρακοντιά, ερύσιμον. Επίσης, ένας άλλος τρόπος αντιμετώπισης του καρκίνου, που ακολουθούσε ο Ιπποκράτης, ήταν με τη χρήση κολπικών πεσσών, τους οποίους κάλυπτε με διάφορα βότανα και τους τοποθετούσε στον κόλπο της γυναίκας ασθενούς. Η θερμότητα των πεσσών είχε καταπραυντικές ιδιότητες, αφού μείωνε τον πόνο. Επίσης, πηγές αναφέρουν ότι ο Ιπποκράτης χρησιμοποιούσε μεταλλικά αντικείμενα που διέστελλαν τον τράχηλο της μήτρας.

Αν η φαρμακευτική αυτή αγωγή δεν είχε αποτέλεσμα τότε η επόμενη λύση ήταν η εγχείρηση. Η εγχείρηση γινόταν «ξυραφίοις πεπυρωμένοις ομού τέμνουσι και διακαίουσιν», δηλαδή με ένα είδος σημερινής διαθερμίας, ώστε να αποφεύγεται η αιμορραγία. Πλησιάζοντας το σήμερα, συναντάμε το 19αίωνα την ανάπτυξη της ογκολογικής επιστήμης η οποία οφείλεται στην συστηματική χρήση του μικροσκοπίου, η ανάπτυξη της ογκολογίας συμβαδίζει με την ανάπτυξη της θεωρίας ότι ο καρκίνος αποτελείται από κύτταρα του σώματος όχι όμως φυσιολογικά. Καταλήγουμε εύλογα στο

συμπέρασμα ότι ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που επί αιώνες ταλαιπωρεί την ανθρωπότητα (Πανταζόπουλος,2019).

Αιτιολογία

Ο καρκίνος προκαλείται από διαταραχές των γονιδίων, που φυσιολογικά αυτά ελέγχουν την διαίρεση και τον θάνατο των κυττάρων. Μέχρι στιγμής παραμένει άγνωστο ο τρόπος με τον οποίο ένα υγιές κύτταρο μετασχηματίζεται σε καρκινικό. Στην έρευνα αυτή υπάρχουν δύο «οδοί» είτε υπάρχει γενετική προδιάθεση είτε κάποια αιτιολογική συσχέτιση. Παράγοντες οι οποίοι προκαλούν κακοήγη νεοπλάσματα είναι οι εξής :

- Φυσικοί παράγοντες : Ηλιακή ακτινοβολία
- Ορμονικοί παράγοντες : Τυχόν διαταραχές στην ισορροπία των ορμονών του οργανισμού που οφείλονται είτε σε υπερπαραγωγή ορμονών του ίδιου του οργανισμού είτε σε χορήγηση εξωτερικών ορμονών με αποτέλεσμα να δημιουργούνται κακοήγη όγκοι.
- Γενετικοί παράγοντες : Υπάρχει η θεωρία ότι υπάρχει γενετική προδιάθεση για την ανάπτυξη νεοπλασμάτων.
- Ιογενείς παράγοντες : Ο ιός του καρκίνου της μήτρας που οφείλεται στον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων HPV.
- Χημικοί παράγοντες: Προϊόντα καύσης άνθρακα και μεταλλικά στοιχεία όπως αρσενικό, νικέλιο, αμιάντος (Hanahan and Weinberg,2011).

Διαίρεση

Στο οργανισμό μας έχουμε πάνω από 200 τύπους καρκίνου καθώς βρίσκονται σε αναλογία με τους διάφορους τύπους κυττάρων που έχουμε. Τα κύτταρα του σώματος μας εκτελούν διαφορετικές λειτουργίες το καθένα ανάλογα με τους ιστούς που βρίσκονται, έχουν όμως όλα κοινή δομή. Η φυσιολογική τους διαδικασία περιλαμβάνει να αναπαράγονται και να πεθαίνουν συνεχώς. Όταν όμως διαταραχθεί αυτή η διαδικασία τότε τα κύτταρα αρχίζουν και διαιρούνται χωρίς κανέναν έλεγχο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα κύτταρα αυτά να αυξάνονται υπερβολικά να συσσωρεύονται στην περιοχή και τελικά να σχηματίζεται ο όγκος (Hanahan and Weinberg,2011).

Οι όγκοι αυτοί μπορεί να είναι είτε καλοήθεις είτε κακοήθεις.

Οι καλοήθεις όγκοι είναι αποτέλεσμα από πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα που οφείλονται σε κάποιο ερεθισμό και το φαινόμενο αυτό είναι γνωστό ως καλοήθης νεοπλασία. Καλοήθη νεοπλάσματα είναι το λίπωμα, το ίνωμα και το αδένωμα. Κύρια χαρακτηριστικά των καλοήθων όγκων είναι ότι αναπτύσσονται με αργό ρυθμό συνήθως εντός των ορίων της κάψας. Δεν προκαλούν θάνατο δεν κάνουν διηθήσεις σε γειτονικούς ιστούς καθώς όταν ο ερεθισμός υποχωρήσει, η νεοπλασία διακόπτεται και έτσι δεν υπάρχει φόβος να κάνει μεταστάσεις. Αν ένας καλοήθης όγκος αφαιρεθεί από τον οργανισμό έχει παρατηρηθεί ότι δεν ξανά αναπτύσσεται στην περιοχή εκείνη. Το μόνο πρόβλημα που μπορεί να προκαλέσει ένας καλοήθης όγκος είναι πίεση σε γειτονικά όργανα εφόσον αναπτυχθεί αρκετά ή αλλοιωθεί η μορφή του καθώς και αν εκκρίνει ορμόνες που επηρεάζουν λειτουργίες του σώματος (CancerCouncilNSW,1995).

Οι κακοήθεις όγκοι σχηματίζονται με τρόπο παρόμοιο με τους καλοήθεις αλλά δρουν εντελώς διαφορετικά. Τα πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα έχουν μια παθογένεια η οποία τα ωθεί να πολλαπλασιάζονται με ταχύτατους ρυθμούς και δεν υπακούν σε μηχανισμούς ρύθμισης του οργανισμού. Οι κακοήθεις όγκοι δεν είναι περιεγραμμένοι, ούτε έχουν κάψα και αυτό φέρει σαν αποτέλεσμα να κάνουν μεταστάσεις και να καταστρέφουν την φυσιολογική αρχική δομή γειτονικών ιστών και οργάνων. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται διήθηση. Νέοι όγκοι δημιουργούνται σε άλλα σημεία του σώματος καθώς τα καρκινικά κύτταρα αποσπώνται από το αρχικό σημείο όπου σχηματίστηκαν και «ταξιδεύουν» στο υπόλοιπο σώμα δια μέσω της λέμφου ή του αίματος. Οι κακοήθεις όγκοι χαρακτηρίζονται από εν δυνάμει θνητότητα αν δεν διαγνωστούν έγκαιρα. Πέραν των συμπαγών όγκων κατηγορία των κακοηθών όγκων αποτελούν και οι αιματολογικοί όγκοι, οι λευχαιμίες. Σε αυτή την περίπτωση τα καρκινικά κύτταρα μεταφέρονται συνεχώς στο σώμα μέσω του κυκλοφορικού συστήματος. Οι διαφορετικοί αυτοί τύποι καρκίνου που δημιουργούνται από τα διαφοροποιημένα κύτταρα του ιστού τον οποίο προσβάλλουν συμπεριφέρονται διαφορετικά σε κάθε οργανισμό, με αποτέλεσμα η συμπτωματολογία να είναι διαφορετική στον καθέναν ανάλογα ποιο σημείο του σώματος έχει προσβληθεί. Λογικό επακόλουθο είναι ότι οι διαφορετικοί αυτοί τύποι καρκίνου διαφέρουν στις ουσίες που εκκρίνουν, στην τάση εξάπλωσής τους, στην συμπτωματολογία τους και στην ανταπόκριση που έχουν στην ακτινοθεραπεία και την φαρμακευτική αγωγή (Harrison's Principles of Internal Medicine 20th edition).

Οδοί διασποράς

Ένας κακοήθης όγκος μπορεί να εξαπλωθεί με τους παρακάτω τρόπους

- Μέσω της λεμφική οδού
- Μέσω της αιματικής οδού
- Διηθώντας τους ιστούς που τον περιβάλλουν
- Κάνοντας μετάσταση σε άλλα όργανα του σώματος (www.alphaproloprosis.gr).

4.ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του δέρματος παραμένει μια από τις πιο διαδεδομένες μορφές καρκίνου παρά την ενημέρωση και τις σύγχρονες μεθόδους πρόληψης μέχρι και τον 21ο αιώνα. Τα τρία πιο βασικά είδη καρκίνου του δέρματος είναι: Το καρκίνωμα βασικών κυττάρων (BCC), το καρκίνωμα πλακωδών κυττάρων ή ακανθωκυτταρικό καρκίνωμα (SCC) και το μελάνωμα, το οποίο αποτελεί την πιο θανατηφόρα μορφή σε σύγκριση με τους άλλους καρκίνους.

ΑΙΤΙΑ

Σημαντικό είναι να ξέρουμε τις αιτίες και τους παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του δέρματος. Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του δέρματος διακρίνονται σε εγγενείς, σχετίζονται δηλαδή με τον ασθενή και σε εξωγενείς, οι οποίοι αντιπροσωπεύουν τους περιβαλλοντικούς κινδύνους. Στις περισσότερες περιπτώσεις για την ανάπτυξη κάποιου είδους καρκίνου συμβάλουν και οι δύο παράγοντες.

Στην περίπτωση του BCC αιτίες για την ανάπτυξη του φαίνεται να είναι το οικογενειακό ιστορικό (συγγενείς πρώτου βαθμού), το ατομικό ιστορικό ηλιακών εγκαυμάτων (κυρίως σε παιδική ηλικία) (Sánchez et al.,2016).Το φύλο, η ηλικία, η καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος, η γενετικές ασθένειες (π.χ. σύνδρομο Gorlin-Goltz) και οι τύποι δέρματος (φωτότυποι) Fitzpatrick I και II είναι κάποιο από τους λόγους πρόκλησης BCC (Apalla et al.,2017).

Στην περίπτωση του SCC παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του έχουν σημειωθεί οι τύποι δέρματος (φωτότυποι) Fitzpatrick I και II, ο ιός ανθρώπινων θηλωμάτων HPV τύποι 16,18 και 30, καθώς πολλές μελέτες έχουν εντοπίσει DNA από πολλαπλούς τύπους δερματικού HPV σε βλάβες SCC και οι γενετικές κληρονομικές δερματικές παθήσεις όπως ο αλμπινισμός(Apalla et al.,2017).Ακόμη έχει αναφερθεί πως οι ακτινικές υπερκερατώσεις και το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (επιθηλίωμα) προκύπτουν σαν αποτέλεσμα της χρόνιας έκθεσης στον ήλιο και είναι πιο συχνά σε άτομα που περνούν μεγάλο χρονικό διάστημα στην ύπαιθρο (υπαίθρια επαγγέλματα) (Brokenhill,2002). Όπως έχει αναφερθεί από πολλούς επιστήμονες οι ακτίνες X παίζουν ρόλο στην παθογένεση των NMSC.Οι Lichter et al(2000) ανέφεραν ότι οι θεραπευτικές ιοντίζουσες ακτινοβολίες (IR), όπως οι

ακτίνες X, οδηγούν σε αυξημένο κίνδυνο τόσο του BCC όσο και του SCC (Lichter et al.,2000). Έρευνες για τους επιζώντες ατομικής βόμβας έδειξαν συσχέτιση μόνο μεταξύ BCC και IR, μια νέα μελέτη έδειξε περίεργη αναλογία 5,7 και 4,8 αντίστοιχα για BCC και SCC μετά από μη διαγωνιστική έκθεση σε ακτινοβολία (Gallagher et al.,2010). Συμπερασματικά για να κατανοήσουμε το ρόλο του ηλιακού φωτός στα NMSC έχει αναφερθεί ότι υπεύθυνη για την ανάπτυξη βασικοκυτταρικού καρκινώματος έχει αναφερθεί η έντονη έκθεση στην παιδική ηλικία, ενώ για την ανάπτυξη του ακανθωκυτταρικού καρκινώματος ήταν μία χρόνια έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία καθόλη την διάρκεια των προηγούμενων δεκαετιών.

Πολλές μελέτες που έχουν διεξαχθεί έχουν δείξει ότι οι παράγοντες εμφάνισης μελανώματος δεν είναι απολύτως ξεκάθαροι. Υπάρχουν αιτίες που διακρίνονται σε εγγενείς και περιβαλλοντικές. Οι εγγενείς παράγοντες είναι, άτομα με ανοιχτόχρωμα μάτια, ξανθά ή ερυθρά μαλλιά, με ανοιχτόχρωμο δέρμα, το οποίο χαρακτηρίζεται από χαμηλά επίπεδα μελανίνης που απορροφά την UVR, με φακίδες. Άτομα με μελαγχρωματικές δερματικές βλάβες και σπίλους που εκτίθενται στο ηλιακό φως, καθώς και άτομα με οικογενειακό ιστορικό ανάπτυξης μελανώματος έχουν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης στο μέλλον. Ωστόσο όπως και στις άλλες μορφές καρκίνου του δέρματος έτσι και στην περίπτωση του μελανώματος η υπεριώδης ακτινοβολία είναι ο κυριότερος παράγοντας ανάπτυξης. Στην πραγματικότητα η υπεριώδης ακτινοβολία από το ηλιακό φως αλλά και από το τεχνητό μαύρισμα (solarium), οδηγεί σε μεταβολή της έκφρασης της πρωτεΐνης του δέρματος.(Gloster and Brodland,2012). Συγκεκριμένα οδηγεί σε κυτταρική βλάβη λόγω της μείωσης των κυτταρικών ανοσοαποκρίσεων, της παραγωγής αντιδραστικών ειδών οξυγόνου (ROS) και της αλλοίωσης του DNA (Rittié et al.,2009).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα είναι η πιο διαδεδομένη μορφή καρκίνου, παρόλα αυτά συμβάλει ελάχιστα στο ποσοστό θνησιμότητας. Αναπτύσσεται κυρίως σε σημεία που είναι εκτεθειμένα στον ήλιο, όπως το πρόσωπο, τα αυτιά, το λαιμό, το τριχωτό της κεφαλής, το στήθος, τους ώμους και την πλάτη. Υπάρχει βέβαια ενδεχόμενο εμφάνισης και σε οποιοδήποτε άλλο σημείο. Η κλινική εικόνα του BCC μπορεί να εκδηλωθεί ως μία ανοιχτή πληγή που δεν επουλώνεται, μπορεί να αιμορραγεί, να φουσκώνει και ο πόνος να παραμείνει για εβδομάδες ή ως μια τοπικά ερεθισμένη περιοχή ή εμφάνιση κόκκινης κηλίδας στο πρόσωπο, τον ώμο και το χέρι που προκαλεί κρούστα και φαγούρα. Ακόμη

μπορεί να αναπτυχθεί σαν ένα λαμπερό χτύπημα ή οζίδιο που είναι διαυγές ροζ, κόκκινο ή λευκό και μπορεί να μοιάζει λανθασμένα με ελιά. Συχνά παρατηρείται μία μικρή ροζ ανάπτυξη με ελαφρώς ανυψωμένη άκρη και μια κοίλη εσοχή στο κέντρο που μπορεί να αναπτύξει μικροσκοπικά, επιφανειακά αιμοφόρα αγγεία με την πάροδο του χρόνου (Robins et al.,2009) Τέλος το BCC μπορεί να εμφανιστεί ως περιοχές που μοιάζουν με ουλές, και έχουν επίπεδο λευκό ή κίτρινο χρώμα. Το δέρμα φαίνεται λαμπερό και τεντωμένο, με κακώς καθορισμένα όρια και θυμίζει την υφή κεριού (onMed).

Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (SCC) συναντάται στα ακανθοκύτταρα από τα οποία αποτελείται το μεγαλύτερο μέρος της επιφανειακής στιβάδας του δέρματος. Αυτού του είδους καρκίνος είναι δυνατόν να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε περιοχή του δέρματος ανάμεσα στις οποίες είναι οι βλεννογόνοι του στόματος και των γεννητικών οργάνων. Πιο συχνή είναι η εμφάνιση του σε σημεία του σώματος τα οποία εκτίθενται στον ήλιο, όπως το πρόσωπο, τα χέρια, τα πόδια, το πτερύγιο των αυτιών, το φαλακρό τμήμα του κρανίου κ.α.. Αν η πρόγνωση είναι έγκαιρη τότε μπορεί να αντιμετωπιστεί με επιτυχία. Μπορεί να εμφανιστεί ως παχιά, τραχιά φολιδωτά μπαλώματα που μπορεί να αιμορραγούν ή να υπάρχει κάλυμμα κρούστας πάνω τους. Κάποιες φορές η ανάπτυξη τους είναι όμοια με εικόνα κονδυλώματος ή ανοιχτή πληγή που δεν επουλώνεται. Τέλος είναι πιθανό να υπάρχει αύξηση στην περιοχή εμφάνισης, αιμορραγίας και φαγούρας (Wheeland et al.,2007).

Μια παχιά,τραχιά και λεπιδώδης βλάβη που μπορεί να αιμορραγεί αν ερεθιστεί και οποιαδήποτε αλλαγή σε προϋπάρχοντα όγκο και ανοιχτή πληγή που επιμένει είναι κάποια από τα κύρια συμπτώματα του SCC (Ανθιμίδης). Συχνά μοιάζει με ανοιχτή πληγή με επηρμένα χείλη και εφελκίδες στην επιφάνεια. Συνήθως το δέρμα στα σημεία ανάπτυξης του καρκινώματος εμφανίζεται με παχιές ρυτίδες, αλλαγές στο χρώμα και απώλεια ελαστικότητας. Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα σε ένα μικρό ποσοστό μπορεί να εμφανίσει μεταστάσεις σε διάφορα όργανα, αυτό όμως είναι ένα σπάνιο φαινόμενο (Μπακογιάννης,2019).

Το μελάνωμα είναι ο καρκίνος που αναπτύσσεται από την κακοήθη εξαλλαγή των μελανοκυττάρων. Η σοβαρότητα της νόσου είναι μεγάλη καθώς δίνει εύκολα μεταστάσεις σε άλλα όργανα μέσω του λεμφικού συστήματος. Τα καρκινικά κύτταρα μέσω της λέμφου απομακρύνονται από τον πρωτοπαθή όγκο και καταλήγουν στους λεμφαδένες. Το μελάνωμα επίσης είναι δυνατόν να δώσει μεταστάσεις μέσω του αίματος (αιματογενής

διασπορά). Η πρώτη ένδειξη που μας δίνει το μελάνωμα είναι η αλλαγή στο χρώμα, το σχήμα και το μέγεθος ενός σπίλου. Μπορεί όμως να εμφανιστεί και σαν ένας καινούργιος σπίλος. Στους άνδρες εμφανίζεται συχνότερα στο λαιμό, τον κορμό και το κεφάλι, ενώ στις γυναίκες στους βραχίονες και τις κνήμες. Εμφανίζεται πιο συχνά σε ανοιχτόχρωμα δέρματα (Άγιος Σάββας).

Σε πρώτη φάση τα καρκινικά κύτταρα αναπτύσσονται οριζόντια στην επιφάνεια του δέρματος. Στο δεύτερο στάδιο τα κύτταρα εισχωρούν στα βαθύτερα στρώματα της επιδερμίδας. Στην δεύτερη αυτή φάση τα κύτταρα αναπτύσσονται κάθετα και υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα μετάστασης. Σε κάθε νέο σπίλο ή ήδη υπάρχοντα θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή και να εξετάζεται σύμφωνα με τον κανόνα ABCDE. Ο κανόνας αυτός χρησιμοποιείται ευρέως και αποτελεί έναν οδηγό για την πρώιμη αναγνώριση του μελανώματος. Συγκεκριμένα το Α εκφράζει την ασυμμετρία ενός σπίλου (Asymmetry). Το Β αναφέρεται στα όρια, αν υπάρχει δηλαδή σαφές και ομαλό περίγραμμα (Borders). Το C προσδιορίζει το χρώμα, ένας φυσιολογικός σπίλος έχει καφέ σκούρο χρώμα, ενώ το μελάνωμα χαρακτηρίζεται από κόκκινο και μαύρο χρώμα με λευκές περιοχές (Color). Το D εκφράζει την διάμετρο μεγαλύτερη ή όχι από 6mm (Diameter). Τέλος το Ε αντιπροσωπεύει την εξέλιξη ή την αλλαγή με την πάροδο του χρόνου, όπως αναφέραμε και προηγουμένως το μελάνωμα μεταβάλλεται με ταχύτατους ρυθμούς (Evolving).

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σαν κύριο βήμα για την διάγνωση του καρκίνου του δέρματος οι περισσότεροι γιατροί προτείνουν την βιοψία. Την αφαίρεση δηλαδή ολόκληρης ή κάποιου τμήματος την δερματικής αλλοίωσης για ιστολογική εξέταση στο εργαστήριο. Είναι η βάση για την διάγνωση και την σταδιοποίηση του δερματικού καρκίνου (Αραβανής,2020). Μία ακόμα βοηθητική μέθοδος για την διάγνωση είναι η δερματοσκόπηση. Μία ανώδυνη διαγωνιστική τεχνική. Η οποία χρησιμοποιεί πολωμένο και μη πολωμένο φως για την παρατήρηση μορφολογικών ευρημάτων που είναι δύσκολο να φανούν με γυμνό μάτι. Έτσι επιτυγχάνεται η μεγέθυνση των δομών του δέρματος τόσο ώστε να είναι ορατά τα μορφολογικά χαρακτηριστικά που δεν φαίνονται με την χρήση μεγεθυντικών φακών (Μαλάνος,2017). Για την παρακολούθηση σπύλων είναι πολύ σημαντική η διενέργεια ψηφιακής χαρτογράφησης. Με την μέθοδο αυτή γίνεται ψηφιακή απεικόνιση των σπύλων με την χρήση ειδικής ιατρικής κάμερας και ανάλυση τους με την βοήθεια ειδικού λογισμικού προγράμματος. Χάρης αυτή την μέθοδο και τον συστηματικό έλεγχο,

παρατηρείται ανά πάσα στιγμή η οποιαδήποτε αλλαγή στους σπίλους σε σύγκριση με το παρελθόν. Η ψηφιακή χαρτογράφηση μας προσφέρει λεπτομερή καταγραφή σπύλων, έγκαιρο εντοπισμό νέων σπύλων και δυνατότητα αποθήκευσης των δεδομένων και χρήση τους για μελλοντική σύγκριση με νέα δεδομένα (Μαλάνος,2019). Όσον αφορά το μελάνωμα το οποίο είναι δυνατόν να δώσει μεταστάσεις, μετά την βιοψία,αφού επιβεβαιωθεί η διάγνωση, πρέπει πριν την θεραπεία να γίνουν όλες οι εξετάσεις που θα αποδείξουν αν υπάρχει μετάσταση σε κάποιο άλλο σημείο του σώματος, όπως αξονική τομογραφία, σπινθηρογράφημα,υπερηχογράφημα κ.α.(Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία 2020).

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος καρκίνου δέρματος αλλά και ο πιο ιάσιμος, καθώς αν εντοπιστεί έγκαιρα η αφαίρεση του είναι οριστική. Ο δεύτερος πιο συχνός τύπος καρκίνου δέρματος είναι το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, ενώ έχει τάση να δίνει μεταστάσεις η πρόβλεψη του και η θεραπεία του παραμένουν εξαιρετικές. Τον κακοήγη όγκο του καρκίνου του δέρματος αποτελεί το μελάνωμα, το οποίο χαρακτηρίζεται από ταχύς ρυθμούς ανάπτυξης και μεταστάσεων σε διάφορα μέρη του σώματος (Dickson,2012).

Μετά την διάγνωση του μελανώματος, οι εξετάσεις που ακολουθούν αποσκοπούν να δώσουν πληροφορίες για την ακριβή έκταση του μελανώματος εκτός του δέρματος ,στους γύρω ιστούς ,τους λεμφαδένες και σε άλλα σημεία του σώματος. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται σταδιοποίηση και αποτελεί σύμφωνα με τους S.GKeohane et al(2018) θεμελιώδη λίθο γνώσης προκειμένου να είναι σωστή η κλινική λήψη αποφάσεων όσο αφορά την θεραπεία του.Η επιστημονική κοινότητα αναγνωρίζει κυρίως 2 συστήματα σταδιοποίησης του μελανώματος. Το πρώτο σύστημα είναι η ταξινόμηση κατά Breslow (1970) το οποίο μας δείχνει το μέγιστο πάχος του όγκου , δηλαδή πόσο βαθιά έχει εισχωρήσει ο όγκος μέσα στο δέρμα (Gershenwald,2012).

Το σύστημα Breslow μετριέται σε χιλιοστά (mm) και διακρίνεται σε 5 κατηγορίες εύρος πάχους.

- Επίπεδο I : Μικρότερο από 0,75 mm
- Επίπεδο II : 0,76 - 1,50 mm
- Επίπεδο III: 1,51 - 2,49 mm

- Επίπεδο IV : 2,5 – 3,99 mm
- Επίπεδο V : Μεγαλύτερο από 4 mm

Όσο μεγαλύτερο είναι το πάχος του όγκου, τόσο χειρότερη γίνεται και η πρόγνωση (Katarzyna et al.,2020). Κατά συνέπεια το σύστημα πάχους Breslow θεωρείται ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες πρόβλεψης εξέλιξης της νόσου (SkinCancerFoundation,2010).

Το δεύτερο σύστημα ταξινόμησης είναι μορφολογικό κατά Clark (1969) το οποίο μας δείχνει την διηθητική ανάπτυξη του μελανώματος σε σχέση με το στοιχείο του δέρματος που έχει προσβληθεί. Το σύστημα Clark αποτελείται από 5 επίπεδα

- Επίπεδο 1 : Επιδερμικό (insitu) , τα κακοήγη μελανοκύτταρα δεν έχουν εισέλθει στην βασική στιβάδα και ο όγκος είναι επιδερμικός.
- Επίπεδο 2 : Το κακοήγη μελάνωμα εισβάλλει στο θηλώδες δέρμα, χωρίς να δημιουργήσει ογκόμορφη βλάβη.
- Επίπεδο 3 : Το μελάνωμα έχει διηθήσει στο επόμενο στρώμα, το βαθύ χόριο είτε σχηματίζοντας ογκίδιο μέσα σε αυτό είτε καταλαμβάνοντας πλήρως το θηλώδες χόριο ασκώντας πίεση στο υποκείμενο δικτυωτό χόριο.
- Επίπεδο 4 : Τα κακοήγη κύτταρα διηθούν ολοκληρωτικά στο δικτυωτό χόριο.
- Επίπεδο 5 : Το μελάνωμα έχει εισβάλει στο υποδόριο λιπώδη ιστό. Το συγκεκριμένο στάδιο διήθησης δεν λαμβάνεται υπόψη από το 2001 και μετά στην σταδιοποίηση του μελανώματος (AJCC 2001). Πλην σε περιπτώσεις που ο όγκος αναπτύσσεται σε λεπτού πάχους δέρματα (πχ.περιοχή βλεφάρου).

Η κατά Clark μέθοδος δέχεται αμφισβήτηση καθώς είναι αρκετά υποκειμενική και στις περισσότερες περιπτώσεις η μέθοδος κατά Breslow προτιμάται λόγω της αντικειμενικότητας της (curemelanoma.org). Τέλος ένα επιπλέον σύστημα σταδιοποίησης το οποίο προτάθηκε το 2001 από το οργανισμό American JointCommunity Of Cancer (AJCC) είναι εκείνο του TumorNodesMetastasis (TNM). Το σύστημα AJCC βασίζεται σε βαθμολογίες όγκων, κόμβων και μεταστάσεων προκειμένου να αποδοθεί ένα στάδιο (Madan and Rolf-Markns,2010).

Το **T** αντιστοιχεί στην αγγλική λέξη Tumor= όγκος και στα χαρακτηριστικά του πρωτοπαθούς όγκου. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι η μίτωτική δραστηριότητα, η παρουσία εξέλκωσης και η απουσία εξέλκωσης. Η μίτωτική δραστηριότητα αφορά την ταχύτητα με την οποία τα κύτταρα του μελανώματος διαιρούνται και η παρουσία ή μη εξέλκωσης αφορά αν το μελάνωμα έχει εισβάλει στον υπερκείμενο δέρμα και έχει κάνει πληγή ή όχι.

Με τον όρο όγκο περιγράφουμε το πάχος του μελανώματος και διακρίνεται σε 5 στάδια.

T0 : Τα κύτταρα του μελανώματος βρίσκονται μόνο στην επιφάνεια του δέρματος.

T1 : Το μελάνωμα έχει πάχος μικρότερο ή ίσο με 10 mm

T1a : χωρίς εξέλκωση και μίτωτική δραστηριότητα < 1 ανάmm²

T1b : με εξέλκωση ή με μίτωτική δραστηριότητα ≥ 1 ανάmm²

T2 : Το μελάνωμα έχει πάχος 1,01 mm έως 2mm

T2a: Χωρίς εξέλκωση και μίτωτική δραστηριότητα 1,01 – 2mm

T2b : Με εξέλκωση ή μίτωτική δραστηριότητα 1,01 – 2mm

T3 : Το μελάνωμα έχει πάχος 2,01 mm έως 4mm

T3a : Χωρίς εξέλκωση και μίτωτική δραστηριότητα 2,01 – 4mm

T3b : Με εξέλκωση ή μίτωτική δραστηριότητα 2,01 – 4mm

T4 : Το μελάνωμα έχει πάχος πάνω από 4 mm

T4a : Χωρίς εξέλκωση και μίτωτική δραστηριότητα < 4 mm

T4b : Με εξέλκωση ή μίτωτική δραστηριότητα < 4 mm (Καραγιάννης,2013).

Το **N** αντιστοιχεί στην λέξη Nomb=Κόμβος αναφέρεται στο πόσο κοντά στους λεμφαδένες εντοπίζονται μελανώματος. Αποτελείται από 4 στάδια.

N0 : Δεν υπάρχουν κύτταρα μελανώματος κοντά στους λεμφαδένες

N1 : Κύτταρα μελανώματος ανιχνεύονται σε 1 λεμφαδένα

N2 : Κύτταρα μελανώματος ανιχνεύονται σε 2 ή 3 λεμφαδένες

N3 : Κύτταρα μελανώματος ανιχνεύονται σε 4 ή περισσότερους λεμφαδένες.

Το **M** αντιστοιχεί στην λέξη Metastasis = μετάσταση, και περιγράφει την εξάπλωση που έχει ο καρκίνος σε διάφορα μέρη του σώματος.

Υπάρχουν 2 στάδια μετάστασης το M0 και το M1. Το στάδιο M1 διακρίνεται και σε άλλα υποστάδια ανάλογα με το μέρος του σώματος που έχει εξαπλωθεί ο καρκίνος.

M0 : Δεν υπάρχει παρουσία μεταστάσεων

M1 : Υπάρχουν μεταστάσεις στο δέρμα, υποδόριο ιστό και σε απομακρυσμένους λεμφαδένες.

M1a : Υπάρχει μετάσταση στους πνεύμονες.

M1b : Οποιοδήποτε μέρος του σώματος πέραν αυτών των 2 πρώτων σταδίων (Keung ,2018).

5.ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η σταδιοποίηση όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη ενότητα είναι ένα θεμελιώδη «εργαλείο» για την κλινική λήψη αποφάσεων της θεραπείας του μελανώματος, καθώς από την μελέτη της αντλούμε πληροφορίες για τους προγνωστικούς παράγοντες του καρκίνου του δέρματος. Με τον όρο **Πρόγνωση** αναφερόμαστε στην πιθανή πορεία που μπορεί να ακολουθήσει μια νόσος έχοντας ως αποτέλεσμα την ανάρρωση ή την ύφεση (www.esmo.org).

Προγνωστικοί Παράγοντες

Κατά την διάγνωση τους περίπου το 90% των μελανωμάτων είναι πρωτοπαθής μη μεταστατικοί όγκοι. Οι κύριοι προγνωστικοί παράγοντες για τους όγκους αυτούς είναι οι εξής :

- Το **πάχος του όγκου** (δείκτης Breslow) το οποίο υπολογίζεται με την βοήθεια οπτικού μικρομέτρου σε ιστολογικές τομές. Όσο αυξάνεται ο δείκτης Breslow , τόσο μειώνεται η επιβίωση (Oord J.J and Cook M.G,2002).
- Η ύπαρξη **έλκωσης** σε ιστολογικό επίπεδο (ορίζεται ως η απουσία ιστολογικά άθικτης επιδερμίδας που επικαλύπτει μεγάλο μέρος του πρωτοπαθούς μελανώματος) Σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης προχωρημένης νόσου και χαμηλότερη επιβίωση.
- Ο **μιτωτικός δείκτης** που αντικατοπτρίζει τον αριθμό μιτώσεων ανά τετραγωνικό χιλιοστό. Όσο υπάρχει αύξηση της τιμής του δείκτη τόσο χαμηλότερη είναι το ποσοστό επιβίωσης.
- Το **επίπεδο διήθησης** (επίπεδο Clark) μετράται με βάση το ανατομικό επίπεδο διήθησης του όγκου και συνυπολογίζεται μόνο στην περίπτωση που το μελάνωμα έχει δείκτη Breslow ≤ 1 mm (Balch et al.,2011).
- **Αναγνώριση μικρομεταστάσεων** στους επιχώριους λεμφαδένες, βασιζόμενη στην βιοψία του λεμφαδένα « φρουρού». Η μικρομετάσταση ορίζεται ως η μετάσταση που εντοπίζεται σε ιστολογικό επίπεδο, με ελάχιστη διάμετρο 0,2 χιλ και δεν είναι ανιχνεύσιμη στο κλινικό ή απεικονιστικό έλεγχο.

Οι ασθενείς που εμφανίζουν μεμονωμένα κύτταρα όγκου, τα οποία αναγνωρίζονται αποκλειστικά με τεχνικές ανοσοϊστοχημείας ή PCR ταξινομούνται ως N0.

Το μελάνωμα κάνει μεταστάσεις δια μέσω της λεμφικής ή της αιματικής οδού. Τα δύο τρίτα περίπου των μεταστάσεων εντοπίζονται σε περιοχές που παροχετεύουν οι επιχώριοι λεμφαδένες.

Μια τοπική μετάσταση μπορεί να εμφανιστεί ως :

1. Μικρομετάσταση στους περιφερικούς λεμφαδένες όπως αναφέρθηκε.
2. Δορυφόρος μετάσταση : εμφανίζεται μέχρι 2 cm από την πρωτοπαθή βλάβη.
3. In transit: εντοπίζονται στο δέρμα ή στον υποδόριο της περιοχής μεταξύ πρωτοπαθούς βλάβης και του πρώτου λεμφαδένα του σταθμού.
4. Κλινικά ανιχνεύσιμες λεμφαδενικές μεταστάσεις.

Η δεκαετής επιβίωση υπολογίζεται στο 30 – 70 % για τους ασθενείς με μικρομεταστάσεις, στο 30 – 50% για τους ασθενείς με δορυφόρες ή in transit μεταστάσεις και στο 20 – 40 % για τους ασθενείς με κλινικά ανιχνεύσιμες λεμφαδενικές μεταστάσεις . Οι ασθενείς με απομακρυσμένες μεταστάσεις έχουν δυσμενή πρόγνωση. Η μέση επιβίωση για τα άτομα που δεν λαμβάνουν θεραπεία κυμαίνεται από τους 6 έως το 9 μήνες ζωής, αν και υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάλογα με την σπλαχνική τους εντόπιση και τα επίπεδα γαλακτικής αφυδρογονάση (LDH) (Yousaf and J.Larkin, 2013).

LDH: Η γαλακτική αφυδρογονάση είναι ένα ένζυμο που εντοπίζεται στο κυτταρόπλασμα των κυττάρων πολλών ιστών κυρίως στο μυοκάρδιο , στους νεφρούς , στους πνεύμονες , το ήπαρ και τους μυς. Η LDH συμβάλλει στην μετατροπή του γαλακτικού οξέος σε πυροσταφυλικό οξύ στον κύκλο της γλυκόλυσεως στα κύτταρα των παραπάνω οργάνων. Με τον τρόπο αυτό παράγεται ενέργεια στον οργανισμό μας. Όσο αφορά το μελάνωμα η σημαντική αύξηση των επιπέδων της LDH είναι πιθανό να υποδηλώνει μεταστάσεις στον πνεύμονα και στο ήπαρ και έχει κακή προγνωστική αξία (Ζαβός, 2020).

6.ΠΡΟΛΗΨΗ

Καθώς τα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του δέρματος αυξάνονται με μεγάλη ταχύτητα, οι επιστήμονες κάνουν μεγάλες προσπάθειες να ευαισθητοποιήσουν τους πολίτες να ακολουθήσουν τις οδηγίες για έγκυρη πρόληψη από του παράγοντες πρόκλησης δερματικών προβλημάτων. Η χρήση προληπτικών μέτρων για το καρκίνωμα κερατυνοκυττάρων (KC) θα αποτελούσε σημαντικό παράγοντα μείωσης των πόρων που χρησιμοποιούν τα συστήματα υγείας σε σύγκριση με το υψηλό κόστος για την θεραπεία των (KC). Τα μέτρα πρόληψης διακρίνονται σε φυσικά και χημικά (Kornek,2013). Τα αντηλιακά είναι μία μορφή χημικών εμποδίων στην επαφή μεταξύ του δέρματος και της υπερϊώδους ακτινοβολίας. Ο παράγοντας προστασίας από τον ήλιο (SPF) καθορίζει την ικανότητα των αντηλιακών να εμποδίζουν την βλάβη του δέρματος από τον ήλιο (Muliken,2012). Συγκεκριμένα το SPF ορίζεται ως ο χρόνος που απαιτείται για την πρόκληση ηλιακού εγκαύματος από την στιγμή που το αντηλιακό εφαρμόζεται στο δέρμα, διαιρούμενο με τον χρόνο που απαιτείται για να προκληθεί έγκαυμα όταν δεν έχει χρησιμοποιηθεί κανένα προϊόν στο δέρμα. Έτσι το αντηλιακό γίνεται αποδεκτό ως το παγκόσμιο πρότυπο για την αξιολόγηση της προστασίας από την ακτινοβολία UVA-UVB (Scholka,2011). Η αποτελεσματικότητα ενός αντηλιακού εξαρτάται από χαρακτηριστικά όπως συγκεκριμένα συστατικά, γενική σύνθεση, την αντοχή στο νερό, το χρόνο κατά τον οποίο το ηλιακό φίλτρο έχει εκτεθεί στον ήλιο, την επαρκή ποσότητα του αντηλιακού, την κατάλληλη συχνότητα επανεφαρμογής, την αποτελεσματική κάλυψη όλων των περιοχών που είναι εκτεθειμένες στον ήλιο (Saki,2012), (WangSQ et al.,2016).

Η UVB ακτινοβολία δημιουργεί άμεσες αλλαγές στο DNA, έτσι τα αντηλιακά που εμποδίζουν αυτό τον τύπο ακτινοβολίας θα μπορούσαν ίσως να αυξήσουν τον χρόνο έκθεσης στον ήλιο χωρίς την πρόκληση εγκαύματος. Το επίπεδο προστασίας έναντι της UVB μπορεί να προσδιοριστεί ποσοτικά με την μέτρηση του MDE, την ελάχιστη δηλαδή, δόση ακτινοβολίας που μπορεί να προκαλέσει ερύθημα, και το SPF (Jansen,2013). Τα φυσικά εμπόδια μπορούν επίσης να βοηθήσουν την πρόληψη και την ελαχιστοποίηση των επιβλαβών επιπτώσεων της υπερϊώδους ακτινοβολίας. Σύμφωνα με ορισμένους μελετητές τέτοια μέτρα θα ήταν πιο αποτελεσματικά για την πρόληψη του καρκίνου του δέρματος (Linos,2011). Στα φυσικά εμπόδια περιλαμβάνεται η φωτοπροστασία με ειδικά ρούχα από

διαφορετικά υλικά, τα οποία παρέχουν προστασία από την UVA και UVB ακτινοβολία. Το βαμβάκι είναι ένα από αυτά τα υλικά καθώς έχει την χαμηλότερη απορροφητικότητα υπεριώδους ακτινοβολίας, σε αντίθεση με τον πολυεστέρα που διακρίνεται για την μεγάλη ικανότητα απορρόφησης (Diaz,2013). Τα καπέλα ακόμη μπορούν να προσφέρουν προστασία στο κεφάλι και το λαιμό ανάλογα με το μέγεθος, το σχήμα τους και το προϊόν από το οποίο κατασκευάζονται. Τα γυαλιά ηλίου,ανάλογα με το μέγεθος, το σχήμα και την ικανότητα τους να αποκλείουν την υπεριώδη ακτινοβολία,είναι αποτελεσματικά στην προστασία της περιφερειακής περιοχής των ματιών και κυρίως των κάτω βλεφάρων και την εσωτερική άκρη,οι οποίες είναι οι πιο εκτεθειμένες περιοχές στην ακτινοβολία (Klostermann,2013). Τέλος η πιο αποτελεσματική μέθοδος θα λέγαμε οτι είναι η ενεργή αναζήτηση σκιάς, που μπορεί να προέρχεται από φυσικό φραγμό, όπως κάποια στέγη ή από ομπρέλα σε εξωτερικό χώρο. Αυτά τα μέτρα θα μπορούσαν να παρέχουν σημαντική προστασία από την υπεριώδη ακτινοβολία χωρίς να τροποποιήσουν την έκθεση σε ορατό φως (Burnett,2012).

7.ΘΕΡΑΠΕΙΑ

7.1ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Με την συνεχή αύξηση του ποσοστού νοσηρότητας από τον καρκίνο του δέρματος παγκοσμίως, πολλές και διάφορες θεραπευτικές οδοί έχουν ανακαλυφθεί με το πέρασ των χρόνων. Η μέθοδος θεραπείας του καρκίνου του δέρματος ορίζεται σύμφωνα με τον τύπο του καρκίνου, την ηλικία του ασθενή, τη μορφολογία και την γενικότερη κατάσταση του οργανισμού. Στην χειρουργική επέμβαση κατά την οποία χορηγείται τοπική αναισθησία στον ασθενή, αφαιρείται ο όγκος και η περιοχή γύρω από αυτόν με χειρουργικό νυστέρη. Για να επουλωθεί η πληγή γίνεται εφαρμογή ράμματος, ενώ ο ιστός στέλνεται για βιοψία στο εργαστήριο ώστε να πιστοποιηθεί η αφαίρεση όλων των καρκινικών κυττάρων. Το ποσοστό επιτυχίας αυτής της μεθόδου ανέρχεται στο 92% (Σεβαστιάδης,2018).

Διαθερμοπηξία και Απόξεση

Με αυτή την τεχνική γίνεται απόξεση με την χρήση ξέστρου και καυτηριασμός του όγκου, με την βοήθεια βελόνας διαθερμίας, καταστρέφονται τα υπολείμματα του όγκου και για ελέγχεται η αιμορραγία. Η διαδικασία είναι σχετικά εύκολη αλλά σε περίπτωση επιθετικής μορφής καρκίνου μπορεί να εμφανιστεί ξανά ο όγκος (Σεβαστιαδής,2018).

Χειρουργική Mosh

Η χειρουργική Mosh φαίνεται να είναι η πιο επιτυχής με ποσοστό 95% και ταυτόχρονα γρήγορη θεραπευτική μέθοδος καθώς δεν χρειάζεται πάνω από μια επίσκεψη στον γιατρό για την αφαίρεση και τα εργαστηριακά αποτελέσματα. Η μέθοδος Mosh λειτουργεί ως εξής. Κάθε στρώμα καρκινικών κυττάρων που αφαιρείται, τοποθετείται για έλεγχο στο μικροσκόπιο με ειδική επεξεργασία. Η ίδια διαδικασία συνεχίζεται μέχρις ότου δεν αναγνωρίζονται πλέον παθογόνα κύτταρα στις τομές. Στην μέθοδο αυτή χορηγείται τοπική αναισθησία και χρησιμοποιείται νυστέρι (TheSkinCancerfoundation,2016).

Κρυοθεραπεία

Η κρυοθεραπεία είναι μία αναίμακτη και ανώδυνη μέθοδος καθώς διενεργείται χωρίς τομή και νυστέρι. Η χαμηλή θερμοκρασία του ιστού που θέλουμε να θεραπεύσουμε επιτυγχάνεται με την χρήση υγρού αζώτου. Λίγη ώρα μετά την επαφή του αζώτου με το δέρμα δημιουργείται οίδημα και ερυθρότητα. Στην συνέχεια σχηματίζεται μία εφελκίδα

(κρούστα) η οποία αποκολλάται μέσα σε 7-12 μέρες. Η συγκεκριμένη θεραπεία δρα με τον σχηματισμό παγοκρυστάλλων εντός και εκτός των κυττάρων, έτσι προκαλείται στάση του αίματος εντός των αγγείων και τελικά νέκρωση του παθολογικού ιστού (Ράλλης,2017).

7.2 ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ακτινοθεραπεία

Ένα είδος θεραπείας του καρκίνου του δέρματος είναι η ακτινοθεραπεία. Τα καρκινικά κύτταρα καταστρέφονται εξαιτίας της υψηλής ενέργειας ακτινοβολίας που πέφτει πάνω τους και σταματά την ανάπτυξη τους. Σε πρωτοπαθής βλάβη μελανώματος η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται σε περίπτωση όπου η χειρουργική αφαίρεση είναι δυσχερής. Βασικές ενδείξεις για την χρήση της ακτινοθεραπείας σε πρωτοπαθές μελάνωμα αποτελούν :

1. Μελανώματα τύπου κακοήθους φακίδας τα οποία λόγω θέσης πχ (βλέφαρα, μύτη, αυτιά),μεγέθους και γενικότερης κλινικής κατάστασης δεν μπορούν να αφαιρεθούν χειρουργικά. Η ακτινοθεραπεία εμφανίζει ελάχιστο ποσοστό υποτροπών (0– 14%) αφού το ποσοστό επιτυχίας της , ανέρχεται στο 90% καθώς μέσα από μία σειρά συνεδριών μερικών εβδομάδων , ο όγκος μπορεί να καταστραφεί ολοκληρωτικά (Olivier et al.,2007).
2. Σε οστικές μεταστάσεις όπου η ακτινοθεραπεία αποτελεί ανακουφιστικό ρόλο με ποσοστό ανταπόκρισης 67–85%. Τα συμπτώματα που ανακουφίζει είναι, ο πόνος, η απώλεια δομικής σταθερότητας των οστών (κίνδυνος για κατάγματα) και την νευρολογική συμπτωματολογία (Konefal et al.,1988).
3. Σε εγκεφαλικές μεταστάσεις. Το μελάνωμα παρουσιάζει έντονη συχνότητα μετάστασης στον εγκέφαλο. Ασθενείς με εγκεφαλικές μεταστάσεις έχουν προσδόκιμο όριο επιβίωσης 3-5 μήνες. Μετά από ακτινοθεραπεία τα νευρολογικά σημεία εμφανίζουν ποσοστό βελτίωσης 50–75%, γεγονός που οδηγεί σε γενικότερη βελτίωση των ασθενών. Οι κεφαλαλγίες ανταποκρίνονται στην ακτινοθεραπεία στο 80% περίπου των περιστάσεων. Σημαντικό είναι να αναφέρουμε ότι η ακτινοθεραπεία δεν ενδείκνυται ως πρώτης γραμμής θεραπεία για το πρωτοπαθές μελάνωμα , μπορεί όμως να χρησιμοποιείται ως επικουρική ή

ως εναλλακτική λύση, τέλος ως ριζική θεραπεία σε ανεγχείρητες ειδικές περιπτώσεις (Patchell et al.,1998).

Θεραπεία Laser

Μια άλλη συντηρητική μέθοδος είναι η θεραπεία Laser (CO₂) με διοξείδιο του άνθρακα. Το LaserCO₂ εκπέμπει δέσμες φωτός οι οποίες απορροφούνται από το νερό, με αποτέλεσμα το νερό όταν δέχεται την ακτίνα να βράζει και να εξατμίζεται. Βασικό συστατικό των ιστών του ανθρώπινου σώματος αποτελεί το νερό σε ποσοστό 70–80%. Κατά συνέπεια η χρήση του LaserCO₂ προκαλεί εξάχνωση του ιστού που ακτινοβολεί και πιο συγκεκριμένα καταστροφή των καρκινικών κυττάρων (Καζάκος,2019). Ενδείξεις για την χρήση θεραπείας LaserCO₂ αποτελούν οι ασθενείς με δορυφόρους ή in-transit μεταστάσεις μελανώματος, ασθενείς με υποτροπιάζων μικρό σε έκταση μελάνωμα και σε ασθενείς με προχωρημένο μελάνωμα προκειμένου να συρρικνωθεί και να βοηθήσει στην αντιμετώπιση του πόνου και της αιμορραγίας (macmillancancersupport.org). Όσο αφορά το βάθος αφαίρεσης ιστού ενδείκνυται για δερματικές και επιφανειακές υποδόριες μεταστάσεις μελανώματος με μέγιστη διάμετρο 5 έως 20 mm, καθώς σε αυτές τις αποστάσεις υπάρχει επαρκής ροή για την θερμική εξάτμιση του νερού και ο ιστός αφαιρείται με ακρίβεια.(Soleymani et al,2017). Συνεπώς η αποτελεσματικότητα του LaserCO₂ κυμαίνεται σε ποσοστό επιτυχίας 70-90%, καθώς δεν υπάρχουν παράπλευρες βλάβες του περιβάλλοντα ιστού και η διαχείριση της πληγής είναι εύκολη, με ελάχιστες επιπλοκές (Vrieland et al.,2019).

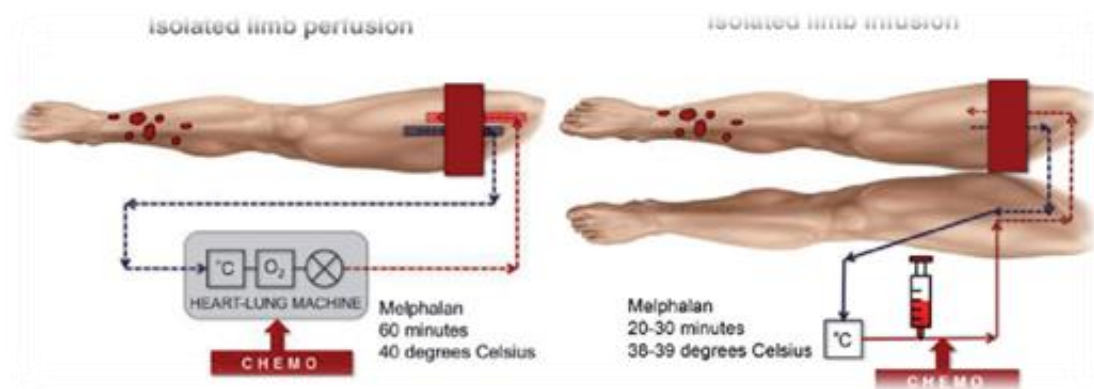
Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία δεν χρησιμοποιείται συχνά ως πρώτη θεραπεία κατά του μελανώματος αλλά επιλέγεται ως συμπληρωματική. Παρόλο που η χημειοθεραπεία δεν έχει τόσα μεγάλα ποσοστά επιτυχίας αντιμετώπισης του καρκίνου του δέρματος σε σύγκριση με άλλους τύπους καρκίνου, συμβάλει όμως στην συρρίκνωση των καρκινικών όγκων. (AmericanCancerSociety,2019). Η χημειοθεραπεία διακρίνεται σε συστηματική και σε περιοχική. Η περιοχική χημειοθεραπεία αφορά μελάνωμα το οποίο περιορίζεται στην επιπολής στιβάδα του δέρματος, γίνεται με την χρήση αντικαρκινικών φαρμάκων τα οποία έχουν την μορφή αλοιφής ή διαλύματος και απλώνονται στο δέρμα. Το φάρμακο επιλογής για την ακτινική κεράτωση (SCC) είναι το fluoro-uracil (5-FU).Όσο αφορά την συστηματική θεραπεία, στη σήμερον ημέρα είναι διαθέσιμος ένας μεγάλος αριθμός χημειοθεραπευτικών παραγόντων με σεβαστά ποσοστά αποτελεσματικότητας, στην

θεραπεία του προχωρημένου μελανώματος. Η χημειοθεραπεία τείνει να οδηγεί σε υποστροφή των όγκων και μείωση των συμπτωμάτων τους (Μπαλτά,2005).

Οι παράγοντες που χρησιμοποιούνται πιο συχνά είναι η δακαρβαζίνη (DTIC), τα ανάλογα πλατίνας, οι νιτροζαρίες και οι ταξάνες (LSerrone et al.,2000). Η δακαρβαζίνη (DTIC)αποτελεί την καθιερωμένη επιλογή για την μονοθεραπεία , εμφανίζοντας πλήρης και μερική ανταπόκριση σε ποσοστό 14% έως 20% και αντικειμενική ύφεση όγκου σε ποσοστό περίπου 50% στο 5,3% με 28,6% του συνόλου των ασθενών (Lui et al.,2007). Τέλος σε περιπτώσεις που έχουμε εν τω βάθι μεταστατικό μελάνωμα σε άκρο ή κάποια δερματική νόσο που είναι αδύνατο να αφαιρεθεί χειρουργικά, χρησιμοποιούνται 2 μέθοδοι η IsolatedLimpPerfusion (ILP) και η IsolatedLimpInfusion (ILI). Οι 2 αυτές μέθοδοι αφορούν την μεταφορά υψηλών δόσεων χημειοθεραπευτικών παραγόντων τοπικά στο άκρο, προκειμένου να μην υπάρξει διασπορά σε άλλα μέρη του σώματος και προκληθούν παρενέργειες. Για να πραγματοποιηθεί αυτή η διαδικασία, τοποθετείται ένας σωλήνας στην αρτηρία που αιμοδοτεί το άκρο και ένας δεύτερος σωλήνας στην φλέβα που αποστραγγίζει το αίμα.

Στην ILP μέθοδο αρτηρία και φλέβα διαχωρίζονται πρώτα χειρουργικά από την κυκλοφορία του σώματος και συνδέονται με ειδικούς σωλήνες που καταλήγουν σε χειρουργική μηχανή (Thompson and CaKam,2008). Στην ILI μέθοδο , καθετήρες εισάγονται διαδερμικά στα μεγάλα αγγεία του όγκου, αφού πρώτα γίνει αγγειακή απομόνωση του άκρου με αιμοστατικό επίδεσμο (Sauders et al.,2008). Ο κύριος παράγοντας που χρησιμοποιείται είναι η μελφαλάνη (melphalan). Η μέθοδος ILI είναι αυτή που προτιμάται συχνότερα καθώς η ILP είναι πιο περίπλοκη, δαπανηρή και επεμβατική ,παρόλο που και η ILP είναι αποτελεσματική με ποσοστό 57 % στην πλήρη απόκριση, πολλοί ήταν οι ασθενείς 32% που εμφάνισαν τοξικότητα βαθμού ≥ 3 , ενώ στην επιλαχούσα ILI μόλις το 18% των ασθενών σύμφωνα με την μελέτη της (Beasley et al.,2008) εμφάνισε τοξικότητα βαθμού ≤ 3 .



Εικόνα 1

ILP και ILI Μέθοδος Πηγή : : https://www.researchgate.net/figure/Schematic-representation-of-vascular-access-for-ILP-and-ILI_fig1_328998356

B' ΜΕΡΟΣ

1.ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του δέρματος έχουν προκληθεί από μακροχρόνια έκθεση στον ήλιο στην παιδική και εφηβική ηλικία. Αυτό αποδεικνύει ότι η έγκαιρη πρόγνωση προσφέρει μείωση της θνησιμότητας από αυτούς τους καρκίνους βραχυπρόθεσμα. Η πολιτεία θα πρέπει να υποστηρίζει τα προγράμματα τα οποία ερευνούν την αποτελεσματικότητα της χρήσης εκπαιδευμένων παρατηρητών, εκτός των ιατρών όπως οι νοσηλεύτές, σε ελέγχους για καρκίνο του δέρματος σε πληθυσμούς που έχουν υψηλό επιπολασμό αυτών των όγκων.

Μελέτες έχουν αποκαλύψει ότι εκπαιδευμένοι νοσηλεύτές στην ανίχνευση σημείων καρκίνου του δέρματος, έχουν επαρκείς ικανότητες αξιολόγησης. Μια νοσηλεύτρια που έχει εκπαιδευτεί ειδικά για την αναγνώριση σημαντικών δερματικών κακώσεων ίσως είναι ικανή για την διάγνωση μεγάλου πληθυσμού με σκοπό την ανίχνευση των εκδορών που είναι πιθανό να μετατραπούν σε καρκίνο του δέρματος, ώστε οι ασθενείς αυτοί να παραπεμφθούν σε ειδικούς γιατρούς. Έτσι κάνοντας οι νοσηλεύτές κλινική εξέταση ύποπτων δερματικών κακώσεων θα μείωναν αισθητά το φόρτο εργασίας των εξειδικευμένων ιατρών και το κόστος των περιττών εξετάσεων. Σύμφωνα με τα δεδομένα που καταγράφηκαν σε πέντε κλινικές διαλογής κατά την διάρκεια του 1995-96, σε 256 εθελοντές και εξετάζοντας τον ίδιο πληθυσμό, οι διαγνώσεις των νοσηλευτών είχαν επιτυχία 95%, παρά την μη εξειδικευμένη εκπαίδευση τους σε αντίθεση με το 70% των πλαστικών χειρουργών, ενώ μόνο 16% των διαγνωσμένων περιπτώσεων αποδείχθηκαν εσφαλμένα ύποπτα περιστατικά (Katrís et al.,1998).

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία το 2013 με δείγμα μελέτης 310 νοσηλεύτές που εργάζονται σε δυο κρατικά νοσοκομεία, αποδείχθηκε ότι οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερο επίπεδο γνώσης σε σχέση με τους άντρες νοσηλεύτές. Παρόλα αυτά το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είχε επαρκείς γνώσεις για τον καρκίνο του δέρματος και τις μεθόδους προστασίας από την υπεριώδη ακτινοβολία. Αν και φάνηκε να έχουν υπεύθυνη στάση απέναντι στην αποφυγή του ηλιακού εγκαύματος και την ανάγκη για προστασία από τον ήλιο, δεν έχουν επαρκή γνώση για τον βαθμό που ο ήλιος προκαλεί δερματικά προβλήματα και τις συνέπειες της μακροχρόνιας έκθεσης στην υπεριώδη ακτινοβολία (Adsoy et al.,2013).

Σε μία παρόμοια ανασκόπηση στις ΗΠΑ για την καταγραφή των γνώσεων αλλά και των εμποδίων στην κλινική εξέταση του δέρματος, τα συμπεράσματα ήταν τα ακόλουθα. Η έλλειψη χρόνου, εκπαίδευσης και αυτοπεποίθησης των νοσηλευτών ήταν κάποιοι από τους παράγοντες που εμπόδιζαν στην κλινική εξέταση. Παρόλα αυτά οι νοσηλευτές που είχαν λάβει εκπαίδευση ήταν πιο ικανοί στον εντοπισμό ύποπτων δερματικών βλαβών (Loescher et al.,2018).

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην διάγνωση, την πρόληψη, τον έλεγχο και τον έγκυρο εντοπισμό του καρκίνου του δέρματος, αποτελεί πλέον σημαντικό «σταθμό» στην πορεία της νόσου. Η M.Horpp το 1914 ήταν η πρώτη, σύμφωνα με την βιβλιογραφία που περιέγραψε τον ρόλο του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία που σύμφωνα με την συγγραφέα, προετοίμαζε τους ασθενείς πριν την θεραπεία, τους παρείχε πληροφορίες σχετικά με την θεραπεία και αντιμετώπιζε τις ανεπιθύμητες ενέργειες (Λαβδανίτη και Ζυγά,2012). Με το πέρασμα του χρόνου συναντάμε και άλλες αναφορές σχετικά με τον πολυδιάστατο ρόλο του νοσηλευτή. Φτάνοντας στο σήμερα, ο νοσηλευτής αποτελεί ενεργό μέλος της διεπιστημονικής ομάδας και δρα είτε μόνος του είτε αλληλεπιδρά με την ομάδα με στόχο την παροχή ποιοτικής φροντίδας και βέλτιστου θεραπευτικού αποτελέσματος (Shepard and Kelvin,1999).

Συγκεκριμένα, στο Ηνωμένο Βασίλειο συναντάμε αυτό το μοντέλο νοσηλευτή να είναι ενεργό και ιδιαίτερα αποδοτικό, καθώς υπάρχουν πλήθος κλινικών βασικοκυτταρικού καρκινώματος στις οποίες τον ηγετικό ρόλο τον έχει ο νοσηλευτής. Ο νοσηλευτής είναι εκείνος που πραγματοποιεί την βιοψία και εξετάζει τα κλινικά σημεία προκειμένου να κάνει την παραπομπή σε κάποιον ειδικό. Πριν την εισαγωγή του «νοσηλευτή βιοψίας» υπήρχε αναμονή των ασθενών έως και 8 εβδομάδες καθώς τα εξωτερικά ιατρεία της χώρας δεν μπορούσαν να χειριστούν το μεγάλο αριθμό ασθενών (CandMullenL,2014). Πλέον ο ασθενής μειώνει την αναμονή του έως και 0 εβδομάδες, η μείωση αυτή συνεπάγεται με βελτίωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας από τον καρκίνο του δέρματος (Godsell,2005). Σύμφωνα με έρευνες φαίνεται πως οι νοσηλευτές μπορούν να παρέμβουν και να ενημερώσουν τους ασθενείς για τον καρκίνο του δέρματος αλλά και να συμμετάσχουν ενεργά στην διάγνωση του. Πολλά είναι τα εμπόδια που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι νοσηλευτές στην προσπάθεια αυτή, όπως ο περιορισμός που τους διατίθεται για την κλινική εξέταση για τον εντοπισμό πιθανών καλοηθών βλαβών και τα λιγοστά προγράμματα κατάρτισης για τον καρκίνο του δέρματος. Για τον λόγο αυτό απαιτούνται πιο αυστηρά σχεδιασμένα προγράμματα διδασκαλίας για την αναγνώριση δερματικών παθήσεων και τις γνώσεις προστασίας από παθογόνους παράγοντες (Steinberg,2020).

Βασικοί ρόλοι του ογκολογικού νοσηλευτή

Συγκεκριμένα οι δραστηριότητες των ογκολογικών νοσηλευτών στην κλινική πρακτική περιλαμβάνουν:

- Έγκαιρη ανίχνευση προκαρκινωματώδους αλλαγής ή συμπτωματικής νόσου με την συμμετοχή σε προγράμματα ελέγχου πληθυσμιακών ομάδων και με την ενθάρρυνση ατόμων για συμμετοχή στα προγράμματα αυτά.
- Οργάνωση και παροχή νοσηλευτικής φροντίδας που εκτείνεται σε όλες τις φάσεις καρκίνου, από την διάγνωση μέχρι την θεραπεία, την αποκατάσταση ή την βοήθεια για ειρηνικό θάνατο.
- Έλεγχος επιπλοκών, συμπτωμάτων και παρηγορητική θεραπεία με τις ενδεδειγμένες παρεμβάσεις.
- Έλεγχος του πόνου με την χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων, στον κατάλληλο χρόνο και την απαιτούμενη δόση για την πρόσληψη του και την χρησιμοποίηση συμπληρωματικών ανακουφιστικών μέτρων και τρόπων.
- Συνεχιζόμενη φροντίδα στο νοσοκομείο, στο σπίτι, σε ειδικά ιδρύματα κλπ με την υποστηρικτική νοσηλεία ή βοήθεια των συγγενών για εξασφάλιση ποιότητας ζωής του αρρώστου σε όλη την περίοδο της ασθένειας του και/ή στον ειρηνικό θάνατο (Σουλγέρη,2002).

Νοσηλευτική εκτίμηση για τον καρκίνο του δέρματος

Αρχικά η εκτίμηση του ασθενούς περιλαμβάνει την λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού, τον έλεγχο για την ύπαρξη συνοδών συμπτωμάτων και την κατάσταση υγείας όταν προσέρχεται στο νοσοκομείο για να κάνει εξετάσεις (Carper and Haas,2006).

Ερωτήσεις κατά τη λήψη ιστορικού

- Έχει παρουσιάσει ποτέ κάποιο μέλος της οικογένειας σας καρκίνο του δέρματος;
- Έχει ποτέ χρειαστεί να υποβληθείτε σε χειρουργική αφαίρεση καρκίνου του δέρματος από κάποιο μέρος του σώματός σας;

- Έχετε παρατηρήσει κάποια μεταβολή στο μέγεθος, το σχήμα, ή το χρώμα κάποιου σπίλου κρεατοελιάς, ουλής, ή σε εκ γενετής σημάδια του δέρματος;
- Έχετε σπύλους, κρεατοελιές, εκ γενετής σημάδια ή ουλές που προκαλούν κνησμό, πόνο, ή έχουν παρουσιάσει εφελκίδες και αιμορραγούν;
- Σε ποιες περιοχές της χώρας ή του εξωτερικού έχετε ζήσει;
- Υπεστήκατε ποτέ σοβαρά ηλιακά εγκαύματα;
- Επισκέπτεσθε solarium;
- Εκτίθεστε σε επικίνδυνα χημικά στη δουλειά σας;
- Έχετε διδαχθεί πώς να εξετάζετε το δέρμα σας; Εάν ναι, πώς κάνετε την εξέταση αυτή και με ποια συχνότητα;

Φυσική Εξέταση

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

- Τα άκρα, με ιδιαίτερη προσοχή στις μασχάλες, τις κοίτες των νυχιών, τις μεσοδακτύλιες πτυχές των χεριών και των ποδιών και τα πέλματα των ποδιών.
- Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα (LeMone,2011).

3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Έλεγχος Συμπτωμάτων

Τα κυριότερα συμπτώματα που συνήθως εμφανίζονται σε ασθενείς με καρκίνο είναι ο πόνος, η καταβολή των δυνάμεων, η ανορεξία, η αλωπεκία, η αϋπνία, η κακοσμία, η δύσπνοια, το άγχος, η κατάθλιψη, διαταραχή σεξουαλικότητας, η ναυτία, έμετος, δυσκοιλιότητα, διάρροια και στοματίτιδες τα οποία αποθαρρύνουν τον ασθενή να συμμετέχει ενεργά στις ευχάριστες δραστηριότητες της ζωής. Η αξιολόγηση και η αντιμετώπιση αυτών των συμπτωμάτων αποτελούν νοσηλευτική πρόκληση, επειδή μπορούν να υποδηλώσουν σημεία επιδείνωσης της νόσου ή παρενέργειες από την εφαρμογή της χημειοθεραπείας (Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, επιτροπή ευρωπαϊκών κοινοτήτων, 1991).

Αντιμετώπιση Εξάντλησης

- Παροχή σωστής και συστηματικής διατροφής και πρόσληψη της σωστής ποσότητας βιταμινών, μετάλλων, πρωτεϊνών και υδατανθράκων μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να αποκτήσει ενέργεια
- Χορήγηση μεταγγίσεων για την ανάταξη της αναιμίας
- Οργάνωση προγράμματος του ασθενή προκειμένου να συμμετέχει σε ευχάριστες δραστηριότητες συμβατές με την κατάσταση της νόσου του
- Δημιουργία σταθερού προγράμματος ύπνου (Mohandas et al., 2017).

Αντιμετώπιση προβλημάτων θρέψης

Η διατήρηση επαρκούς διατροφής σε ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε αντικαρκινική θεραπεία αντιπροσωπεύει μια κοινή πρόκληση λόγω των πολλών παραγόντων που οδηγούν στον υποσιτισμό, οι οποίοι, με τη σειρά τους, μπορούν να επηρεάσουν την επιβίωση του ασθενούς ως αποτέλεσμα της ταυτόχρονης απώλειας μυών, πνευμονικών επιπλοκών ή μειωμένης ανοσοαπόκρισης που αυξάνει την ευαισθησία σε λοιμώξεις. Είναι γνωστό ότι η καχεξία του καρκίνου οδηγεί σε σημαντική απώλεια βάρους λόγω μειωμένης μάζας λίπους και το πιο σημαντικό, στην απώλεια άπαχης μάζας που σχετίζεται με μειωμένη πιθανότητα επιβίωσης. Ακόμη και η μέτρια απώλεια βάρους (<5% του συνολικού σωματικού βάρους) μπορεί να επιδεινώσει σημαντικά την πρόγνωση του ασθενούς εάν προσβληθεί από ορισμένους όγκους. Επιπλέον, η απώλεια βάρους πάνω από

το 10% του συνολικού βασικού σωματικού βάρους οδηγεί σε μειωμένη ανταπόκριση στη χημειοθεραπεία και μειωμένο ποσοστό επιβίωσης (Martinez et al.,2018).

Διατροφική Παρέμβαση

➤ Για τους ασθενείς με μικρή ή καθόλου απώλεια βάρους κατά την έναρξη της θεραπείας, η χρήση ενός προγράμματος διατροφικών παρεμβάσεων στοχεύει στην πρόληψη:

- 1) Εκτίμηση των αλλαγών στην γεύση
- 2) Πρόληψη ναυτίας ή εμέτου
- 3) Αποφυγή καταστάσεων που δημιουργούν αποστροφή του φαγητού
- 4) Χορήγηση ισορροπημένων θερμιδικών και πρωτεϊνικών συμπληρωμάτων

➤ Για ασθενείς που είναι αδύνατη η σίτιση δια του στόματος:

- Εντερική διατροφή , στην περίπτωση που το πεπτικό σύστημα είναι άθικτο ή υπάρχει διακοπή της ικανότητας της κατάποσης.
- Παρεντερική διατροφή, στην περίπτωση που το πεπτικό σύστημα δεν είναι πλήρως

➤ Για ασθενείς που λαμβάνουν ανακουφιστική αγωγή ή έχουν προχωρημένη νόσο :

- 1) Μικρότερη πρόσληψη θερμίδων από το φυσιολογικό ίσως να καθυστερήσει την ανάπτυξη του όγκου αυξάνοντας την επιβίωση
- 2) Ενθάρρυνση της κατανάλωσης αγαπημένων φαγητών
- 3) Πρόσληψη μικρών και συχνών γευμάτων
- 4) Επιλογή αν είναι εφικτό, φαγητών με υψηλά ποσοστά πρωτεϊνών
- 5) Χορήγηση αντιεμετικών, αναλγητικών
- 6) Περιποίηση στοματικής κοιλότητας
- 7) Χρήση άσκησης, κρασιού, απεριτίφ με σκοπό την διέγερση της όρεξης
- 8) Παροχή δυνατότητας στο οικογενειακό περιβάλλον να μαγειρέψει το φαγητό
- 9) Καταγραφή προσλαμβανόμενων θερμίδων (Μπανκουνσλι,2005).

Φροντίδα Δέρματος

Η κατάλληλη περιποίηση του δέρματος σε συνδυασμό με την κατάλληλη διατροφή , συμβάλει στην πρόληψη των πληγών που δημιουργούνται από την πίεση αλλά και στην καλύτερη ψυχολογική διάθεση του ασθενή.

- Συχνή αλλαγή θέσεων για αποφυγή κατακλίσεων
- Χρήση στεγνών σεντονιών χωρίς τσαλακώματα
- Χρήση ενυδατικής λοσιόν
- Συχνό μασάζ
- Χρήση στρώματος αφρολέξ ή εναλλασσόμενης πίεσης για αποφόρτιση των πιέσεων στο σώμα (Λάζος,2019).

Αντιμετώπιση Δύσπνοιας

Η δύσπνοια σχεδόν πάντοτε συνοδεύεται από άγχος. Εξηγώντας στον ασθενή την παρούσα κατάσταση και τις δυνατότητες αντιμετώπισης της μειώνουμε το άγχος και μπορεί να συμβάλουμε στη ύφεση του επεισοδίου. Είναι καλό κάποιος να είναι κοντά στον ασθενή για να τον ενισχύσει ηθικά και πιθανόν να του αποσπάσει την προσοχή.

- Τοποθετούμε τον πάσχοντα σε πιο άνετη θέση, συνήθως καθιστό με υποστήριξη
- Κρατάμε το δωμάτιο δροσερό
- Εκπαιδεύουμε τον ασθενή σε ασκήσεις αναπνοής και τεχνικές χαλάρωσης
- Τροποποιούμε την δίαιτα του ασθενή με μικρά γεύματα ώστε να τον διευκολύνουμε στην κατάποση
- Τακτική περιποίηση στοματικής κοιλότητας (Kamal et al.,2012).

Αντιμετώπιση Πόνου

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

- Παροχή πολυδιάστατης αξιολόγησης, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής, λειτουργικής, ψυχοκοινωνικής και πνευματικής πτυχής του πόνου

- Επιλογή των κατάλληλων αναλγητικών σε επαρκείς δοσολογίες, μεσοδιαστήματα και οδούς χορήγησης
- Παρακολούθηση του αποτελέσματος μετά την έναρξη των αναλγητικών
- Πρόβλεψη και αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών των αναλγητικών
- Ενημέρωση των ασθενών ότι ο περισσότερος πόνος του καρκίνου μπορεί να μετριαστεί, θέτοντας επίσης ρεαλιστικές προσδοκίες και στόχους
- Παροχή ψυχοκοινωνικής στήριξης
- Παροχή εκπαίδευσης στον ασθενή και στην οικογένεια στην κατάλληλη χρήση των φαρμάκων για τον πόνο
- Προεγχειρητική διδασκαλία και μετεγχειρητική βοήθεια στον άρρωστο όταν χρειάζεται ώστε να κινείται και να ασκείται με τρόπο ώστε να πονάει λιγότερο
- Διερεύνηση αν η έλλειψη ύπνου ή η υπερβολική κόπωση μπορούν να είναι αίτια που γεννούν ή επιδεινώνουν τον πόνο (Νάστου et al.,2015).

Νοσηλευτική φροντίδα για την αποφυγή δευτεροπαθών λοιμώξεων

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

- Παρακολούθηση για τυχόν εκδηλώσεις λοίμωξης: πυρετός, ταχυκαρδία, κακουχία, ερυθρότητα, οίδημα, πόνος, ή εκροή υγρού αυξημένης ποσότητας ή πυώδους σύστασης.
- Διατήρηση της χειρουργικής τομής καθαρής και στεγνής, αλλάζοντας την επίδεση ανάλογα με τις ανάγκες. Ακολουθείται η αρχή της ασηψίας.
- Ενημέρωση οικογενειακού περιβάλλοντος για πλύσιμο χεριών κατά την επίσκεψη του ασθενή.

- Ενθάρρυνση του ασθενή να λαμβάνει επαρκή τροφή σε θερμίδες και πρωτεΐνες. Παραπομπή σε κάποιο διαιτολόγο εάν αρνείται να φάει. Η επαρκής πρόσληψη θερμίδων και πρωτεϊνών είναι απαραίτητη για την φυσιολογική επούλωση.
- Είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να παρέχουν ένα περιβάλλον που βοηθά τον ασθενή να αναγνωρίσει και να εκφράσει τα αισθήματα, τις ανησυχίες και τους στόχους του: με την χρήση της ενεργητικής ακρόασης, τον σεβασμό των αισθημάτων απάθειας ή οργής των ασθενών, κατανόηση των φόβων του ασθενή, διερεύνηση των αντιλήψεων του ασθενή και παροχή πληροφόρησης για τυχόν παρερμηνείες (Green,2011).

Πρόληψη του καρκίνου του δέρματος

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

- Να επιδιώκετε να παραμένετε στην σκιά, ειδικότερα κατά τις ώρες ανάμεσα στις 10 π.μ. και 4 μ.μ.
- Να αποφεύγετε τα εγκαύματα
- *Να αποφεύγετε την ηλιοθεραπεία καθώς και το τεχνητό μαύρισμα (solarium) με U.V ακτινοβολία.
- *Κατά την έκθεσή σας στον ήλιο να καλύπτετε το σώμα σας με φαρδιά ρούχα, πλατύγυρο καπέλο και γυαλιά ηλίου, τα οποία σας προστατεύουν από την ακτινοβολία.
- *Να χρησιμοποιείται καθημερινά, αντηλιακό με δείκτη προστασίας SPF ευρέως φάσματος 15 ή υψηλότερο.
- Για παρατεταμένες δραστηριότητες σε εξωτερικό χώρο να κάνετε χρήση αδιάβροχου, αντηλιακού, ευρέως φάσματος (UVA / UVB) με δείκτη προστασίας από 30 και άνω.

- * Να κάνετε επάλειψη αντηλιακού, με ποσότητα ίση με 2 κουταλιές σούπας σε ολόκληρο το σώμα σας, 30 λεπτά πριν βρεθείτε σε εξωτερικό χώρο. Επαναλάβετε την επάλειψη, με συχνότητα κάθε 2 ώρες είτε μετά από κολύμπι ή μετά από υπερβολικό ιδρώτα.
- *Να μην εκθέτετε τα νεογέννητα στον ήλιο. Μετά την πάροδο της ηλικίας των 6 μηνών τα μωρά πρέπει να φορούν αντηλιακό.
- *Να εξετάζετε το δέρμα σας από την κορυφή έως τα νύχια, κάθε μήνα.
- *Να επισκέπτεστε τον ιατρό σας, κάθε χρόνο με σκοπό την επαγγελματική εξέταση του δέρματός σας (www.skincancerorg.gr).

4.ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

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

Στήριξη από την διάγνωση μέχρι την θεραπεία

Ο ρόλος των νοσηλευτών κρίνεται καθοριστικός στη μακρά διαδρομή την οποία διανύει ο πάσχοντας από τη διάγνωση μέχρι και τη λήξη της θεραπείας του. Οι πιο κοινοί τρόποι παροχής συναισθηματικής στήριξης των ασθενών είναι μέσα από την **έκφραση συμπάθειας, ενθάρρυνσης** τους και **εκτέλεση των επιθυμιών** τους ακούγοντας και αγγίζοντας τους δείχνοντας τους **στοργή** .

Η εισαγωγή του πάσχοντα στο Νοσοκομείο προϋποθέτει τη δημιουργία κατάλληλου κλίματος έτσι ώστε ο ασθενής να αντλήσει ψυχικές δυνάμεις για να δώσει την μάχη του με τον καρκίνο. Το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης για την επίτευξη του σκοπού αυτού εναπόκειται στο νοσηλευτικό προσωπικό. Μια **πρώτη ξενάγηση στο χώρο**, μια **ενημέρωση** με απλά και **κατανοητά λόγια** για τη **διαδικασία των εξετάσεων και την πορεία της νόσου** κρίνεται απαραίτητη, παρόλο που η πληροφόρηση του ασθενούς για την πορεία της υγείας του πρέπει να γίνεται από τον γιατρό και ο νοσηλευτής να δρα συμπληρωματικά (Σουγλέρη Μ, 2002). Όσον αφορά στην αποκατάσταση του ασθενούς, την επαναφορά δηλαδή του ασθενούς στην πριν τη διάγνωση του νεοπλάσματος σε επίπεδο σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας, είναι καθοριστικός ο ρόλος της νοσηλευτικής παρέμβασης. Σκοπός της Νοσηλευτικής είναι η ολιστική ευεξία του ασθενούς. Παρακάτω κατονομάζονται τα προβλήματα που είναι απαραίτητο να αντιμετωπισθούν έτσι ώστε να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός

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

Η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού στην ανακούφιση του ασθενή από τον καρκινικό πόνο έγκειται στο :

- Να εκτιμούν και αξιολογούν την ένταση και το είδος του ώστε να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα υποεκτίμησης και υποθεραπείας του πόνου.

- Να γνωρίζουν άριστα τον τρόπο χορήγησης των οπιοειδών φαρμάκων, τη δράση τους, τις παρενέργειες και την αντιμετώπιση τους.
- Να ενημερώνουν τον ασθενή και την οικογένεια του ώστε να ελαττωθεί ο φόβος εξάρτησης- ένας φραγμός ανακούφισης του πόνου (Γιαβασόπουλος,2007).

Αναφορικά με τους ασθενείς τελικού σταδίου, η παροχή ποιοτικής φροντίδας είναι η ύστατη συμβολή προς εξασφάλιση του στοιχειώδους δικαιώματος του ανθρώπου σε αξιοπρέπεια και ανθρωπιστική αντιμετώπιση της πιο δύσκολης στιγμής της ζωής του. Η φιλοσοφία αυτή απέναντι στον άρρωστο τελικού σταδίου εκφράζεται με τον όρο "palliative care" - "ανακουφιστική φροντίδα", έχει δε καθιερωθεί το 1987 ειδικότητα ιατρικής και νοσηλευτικής ανακουφιστικής φροντίδας (Σουγλέρη,2002).

Στήριξη μετά το τέλος της θεραπείας

Συνήθως την περίοδο μετά το τέλος της θεραπείας, οι επιβιώσαντες ασθενείς βιώνουν αισθήματα ανησυχίας για τυχόν επανεμφάνιση της νόσου, άγχους όπως επίσης και αισθήματα αβεβαιότητας, απομόνωσης, απογοήτευσης. Αντίθετα κάποιοι άλλοι ασθενείς είναι δυνατόν να αναπτύξουν θετικά αισθήματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου τα οποία συνεχίζουν να υπάρχουν και μετά το τέλος αυτής. Τέτοια αισθήματα είναι η αυξημένη αυτοεκτίμηση, η απόδοση μεγαλύτερου νοήματος στη ζωή, η αυξημένη πνευματικότητα και αυξημένα αισθήματα ειρήνης και καλής πρόθεσης. Αυτές οι θετικές μακροχρόνιες θετικές επιδράσεις μπορεί να θεωρηθούν σαν πλεονεκτήματα της διάγνωσης και της θεραπείας του και συχνά χαρακτηρίζονται σαν μετατραυματική ανάπτυξη.

Η επαφή μεταξύ των ασθενών που βιώνουν αυτά τα δύο είδη διαφορετικών ψυχολογικών αντιδράσεων έχει αποδειχθεί ερευνητικά ότι έχει βοηθήσει ασθενείς με καρκίνο μαστού που βίωναν αρνητικά συναισθήματα και ήρθαν σε επαφή με επιβιώσαντες που βίωναν τη μετατραυματική ανάπτυξη. Η παροχή υποστηρικτικής νοσηλευτικής φροντίδας θα πρέπει να γίνεται με τρόπο που οι επιβιώσαντες να προσαρμοστούν στην περίοδο μετά το τέλος της θεραπείας όσο γίνεται καλύτερα, να την αποδεχτούν με ηρεμία και να αποκτήσουν αισθήματα εκτίμησης της ζωής και απόλαυσης μικρών διασκεδαστικών πραγμάτων . Η παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης εξαρτάται κυρίως από την επιλογή των παρεμβάσεων και την αποδοχή αυτών εκ μέρους των ασθενών.

Οι τρόποι ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στις οποίες μπορεί να συμμετάσχουν και οι νοσηλευτές σε συνεργασία με τους κατάλληλους επιστήμονες είναι :

1) Παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων ώστε να ελαττωθεί η αβεβαιότητα και να αυξηθούν οι ικανότητες προσαρμογής κατά τη διάρκεια της επιβίωσης. Αυτή η παροχή είναι πιθανό να περιλαμβάνει ατομικά μαθήματα, εργαστήρια, και διδασκαλία μικρών ομάδων επιβιώσαντων και των οικογενειών τους. Επιπλέον, οποιοδήποτε γραπτό υλικό και υλικό που προέρχεται από το Διαδίκτυο από αξιόπιστες πηγές και το οποίο αναφέρεται στην επιβίωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί εξίσου.

2) Η παροχή συμβουλών μπορεί να χρησιμοποιηθεί προκειμένου να βοηθήσει συναισθηματικά τους επιβιώσαντες. Οι ατομικές συναντήσεις ή η ομαδικές, η οικογενειακή συμβουλευτική, η υποστήριξη από το σύντροφο και την οικογένεια είναι απαραίτητη. Η αντιμετώπιση των ειδικών προβλημάτων κάθε ασθενή θα πρέπει να πραγματοποιείται (π.χ. ανησυχία για επανεμφάνιση της νόσου, γονιμότητα, αλλαγές στη σχέσεις). Επίσης θα πρέπει να δίνεται έμφαση στις προσωπικές δυνάμεις των ατόμων καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Λαβδανίτη και Αβραμικά,2011).

Είναι προφανές ότι η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας τους είναι ένα ζήτημα που αφορά όλο και περισσότερο τους νοσηλευτές, αφού καλούνται να παρέχουν φροντίδα τόσο σε οργανικό αλλά και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο.

Οι ασθενείς και οι οικογένειες τους ωφελούνται από τη μακροχρόνια υποστήριξη, εκπαίδευση, συμβουλή που προσφέρουν οι νοσηλευτές ογκολογίας. Για να γίνει αυτό θα πρέπει οι νοσηλευτές να εκπαιδευτούν ώστε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της φροντίδας των ασθενών που επιβιώνουν μετά το τέλος της θεραπείας .

Επίσης οι νοσηλευτές θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους ότι η επιβίωση είναι μια ξεχωριστή φάση της φροντίδας του ασθενούς η οποία περιλαμβάνει εκτίμηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας σε οργανικό και ψυχολογικό επίπεδο, συστάσεις για ανίχνευση νέων καρκίνων και για την πραγματοποίηση περιοδικών εξετάσεων, συστάσεις αγωγής υγείας καθώς και δημιουργία εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας για κάθε ασθενή.

Αποτελεί λοιπόν πρόκληση για όλους τους νοσηλευτές ογκολογίας σε διεθνές επίπεδο αλλά και παγκοσμίως να ασχοληθούν με τις ανάγκες των επιβιωσάντων ασθενών στον κλινικό χώρο ή σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας αλλά και σε ερευνητικό επίπεδο (Λαβδανίτη και Αβραμικά,2011).

Γ' ΜΕΡΟΣ

ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

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

Abstract

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

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

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

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

Περίληψη

Ιστορικό και σκοπός: Ο καρκίνος του δέρματος είναι η πιο κοινή κακοήθεια στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η έγκαιρη ανίχνευση μειώνει το βάρος της δημόσιας υγείας. Αυτή η συστηματική ανασκόπηση ενημερώνει την κατάσταση των προηγμένων πρακτικών για τις γνώσεις και τις στάσεις του καρκίνου του δέρματος των νοσηλευτών, την απόδοση και τα εμπόδια στην κλινική εξέταση του δέρματος (csa), την αναγνώριση των δερματικών βλαβών και σχετικών εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων.

Μέθοδοι: Τα προτιμώμενα στοιχεία αναφοράς για συστηματικές αναλύσεις και δήλωση μετανάλλυσεις καθοδήγησαν την αναζήτηση οκτώ βάσεων δεδομένων βιβλιογραφίας που απέδωσαν 12 μελέτες από το 2010 έως το 2016. Η αξιολόγηση της απόδειξης των επιπέδων της βεβαιότητας της ομάδας εργασίας των Ηνωμένων Πολιτειών για τις προληπτικές υπηρεσίες.

Συμπεράσματα: Οι μελέτες στοχεύουν κυρίως ή περιλάμβαναν νοσηλευτές. Συλλογικά, οι συμμετέχοντες είχαν μεταβλητές, μη βέλτιστες γνώσεις για τον καρκίνο του δέρματος, ακόμη και μετά από παρέμβαση. Μια μικρή πλειοψηφία πραγματοποίησε το csa κατά τη διάρκεια των ετήσιων επισκέψεων, αλλά συμφώνησε ότι το csa ήταν σημαντικό και στο πλαίσιο της πρακτικής τους. Σημαντικά εμπόδια στο csa ήταν η έλλειψη χρόνου, εκπαίδευσης και εμπιστοσύνης. Οι συμμετέχοντες που έλαβαν εκπαίδευση ήταν πιο ικανοί στον εντοπισμό ύποπτων έναντι καλοηθών βλαβών. Υπάρχουν λίγες ευκαιρίες εκπαίδευσης για την ανίχνευση καρκίνου του δέρματος για νοσηλευτές.

Επιπτώσεις: Το επίπεδο βεβαιότητας των ενδείξεων για την ανίχνευση καρκίνου του δέρματος από ειδικούς ιατρούς και οι επιπτώσεις τους στο πρόβλημα του καρκίνου του δέρματος παραμένουν χαμηλοί. Οι νοσηλευτές θα επωφεληθούν από προσιτή και αποτελεσματική εκπαίδευση σε csa και βλάβες.

2.Skin cancer preventive behavior and sun protection recommendations

Abstract

Objectives: To summarize, in tabular form, the current literature and information available for skin cancer preventive behaviors and sun protection recommendations.

Data sources: Peer-reviewed literature, web sites of professional and federal organizations.

Conclusion: The link between skin cancer and ultra-violet radiation (UVR) exposure is well documented. Primary skin cancer prevention must focus on proven ways to reduce the amount of UVR that reaches the skin, including avoiding UVR, covering up, wearing a wide-brimmed hat and sunglasses and use of sunscreen.

Implications for nursing practice: Nurses play a key role in patient education and should use evidence-based resources to provide skin cancer prevention recommendations.

Keywords: prevention; skin cancer; sun protection; sunscreen.

Περίληψη

Στόχοι: Συνοψίζοντας, σε μορφή πίνακα, την τρέχουσα βιβλιογραφία και πληροφορίες που διατίθενται για προληπτικές συμπεριφορές καρκίνου του δέρματος και συστάσεις για την προστασία από τον ήλιο.

Πηγές δεδομένων: Λογοτεχνία από ομότιμους, ισότοπους επαγγελματικών και ομοσπονδιακών οργανισμών.

Συμπέρασμα: Η σχέση μεταξύ του καρκίνου του δέρματος και της έκθεσης στην υπεριώδη ακτινοβολία (UVR) είναι καλά τεκμηριωμένη. Η πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου του δέρματος πρέπει να επικεντρωθεί σε αποδεδειγμένους τρόπους για τη μείωση της ποσότητας UVR που φτάνει στο δέρμα, συμπεριλαμβανομένης της αποφυγής UVR, της κάλυψης, της φθοράς ενός καπέλου και γυαλιών ηλίου με πλατύ γείσο και της χρήσης αντηλιακού.

Επιπτώσεις στη νοσηλευτική πρακτική: Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην εκπαίδευση των ασθενών και πρέπει να χρησιμοποιούν τεκμηριωμένους πόρους για να παρέχουν συστάσεις πρόληψης του καρκίνου του δέρματος.

Λέξεις κλειδιά: πρόληψη; καρκίνος του δέρματος; αντηλιακή προστασία; αντηλιακό.

3. Caring behaviours in cancer care in Greece. Comparison of patients', their caregivers' and nurses' perceptions

Abstract

Purpose: Although, within cancer nursing the concept of caring is central, there are limited studies comparing nurses', patients' and caregivers' views of care, especially in non-Anglo-Saxonic cultures. We explored and compared perceptions of caring behaviours by cancer patients, their caregivers, and nurses in Greece, as well as associations with demographic variables.

Methods: A descriptive correlational study with cross-sectional comparisons was conducted in three cancer hospitals in Attica, with a convenience sample of 138 patients receiving chemotherapy and their family caregivers and 72 nurses. Participants completed the Caring Behaviour Inventory-24 (CBI-24).

Results: All groups perceived "Knowledge and skill" as the most important CBI sub-scale. There were no statistically significant differences between patients' and caregivers' perceptions of care. Overall, nurses rated their caring behaviours lower than patients and caregivers ($p < 0.05$). There was agreement among the three groups of participants regarding the two most and less common caring behaviours. Patients' educational background and hospitalization history, as well as the presence of a spouse as caregiver exhibited only weak ($\rho < 0.2$) associations with their perceptions of care. As for nurses, the only factor significantly associated with their perceptions of care was marital status ($p < 0.02$).

Conclusions: These findings demonstrate important similarities and discrepancies in the way Greek cancer patients, caregivers and their nurses perceive caring behaviours, and they illustrate the mainly technical orientation of cancer nursing care in Greece.

Keywords: Cancer care; Caregivers; Caring behaviours; Greece; Nurses; Patients

Περίληψη

Σκοπός: Παρόλο που, στη νοσηλευτική κατά του καρκίνου, η έννοια της φροντίδας είναι κεντρική, υπάρχουν περιορισμένες μελέτες που συγκρίνουν τις απόψεις των νοσηλευτών,

των ασθενών και των φροντιστών, ιδίως σε μη αγγλοσαξονικές κουλτούρες. Εξερευνήσαμε και συγκρίναμε τις αντιλήψεις περί συμπεριφοράς φροντίδας από καρκινοπαθείς, τους φροντιστές τους και νοσηλευτές στην Ελλάδα, καθώς και συσχετίσεις με δημογραφικές μεταβλητές.

Μέθοδοι: Διεξήχθη μια περιγραφική μελέτη συσχέτισης με συγκρίσεις διατομής σε τρία νοσοκομεία καρκίνου στην Αττική, με δείγμα ευκολίας 138 ασθενών που έλαβαν χημειοθεραπεία και τους οικογενειακούς φροντιστές τους και 72 νοσηλευτές. Οι συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν το απόθεμα συμπεριφοράς φροντίδας-24 (CBI-24).

Αποτελέσματα: Όλες οι ομάδες θεωρούσαν τη "Γνώση και δεξιότητα" ως την πιο σημαντική υποκλίμακα CBI. Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών και των φροντιστών για τη φροντίδα. Συνολικά, οι νοσηλευτές αξιολόγησαν τις συμπεριφορές φροντίδας τους χαμηλότερες από τους ασθενείς και τους φροντιστές ($p < 0,05$). Υπήρξε συμφωνία μεταξύ των τριών ομάδων συμμετεχόντων σχετικά με τις δύο πιο κοινές συμπεριφορές φροντίδας. Το ιστορικό των ασθενών και το ιστορικό νοσηλείας, καθώς και η παρουσία ενός συζύγου ως φροντιστή παρουσίασαν μόνο αδύναμους ($\rho < 0,2$) συσχετισμούς με τις αντιλήψεις τους για τη φροντίδα. Όσον αφορά τους νοσηλευτές, ο μόνος παράγοντας που σχετίζεται σημαντικά με τις αντιλήψεις τους για τη φροντίδα ήταν η οικογενειακή κατάσταση ($p < 0,02$).

Συμπεράσματα: Αυτά τα ευρήματα καταδεικνύουν σημαντικές ομοιότητες και αποκλίσεις στον τρόπο με τον οποίο οι Έλληνες ασθενείς με καρκίνο, οι φροντιστές και οι νοσηλευτές τους αντιλαμβάνονται τις συμπεριφορές φροντίδας και απεικονίζουν τον κυρίως τεχνικό προσανατολισμό της νοσηλευτικής περίθαλψης καρκίνου στην Ελλάδα.

Λέξεις-κλειδιά: Φροντίδα του καρκίνου; Φροντιστές; Συμπεριφορές φροντίδας; Ελλάδα; Νοσοκόμες; Ασθενείς.

4.Management of non-melanoma skin cancer

Abstract

Objectives: To review types of, and treatment for, non-melanoma skin cancer (NMSC): basal cell carcinoma (BCC), squamous cell carcinoma (SCC), and less common NMSC.

Data sources:Standards of care, dermatology texts, peer-reviewed journals.

Conclusion:BCC grows slowly and rarely metastasizes; some BCC subtypes can be aggressive and destructive. Early treatment of SCC is usually successful; untreated SCC will penetrate underlying tissue, invade lymph nodes, and metastasize. Treatment options for NMSC are based on patient and tumor characteristics, which determine whether a lesion is low or high risk for cancer recurrence after treatment.

Implications for nursing practice:Nurses are integral for educating patients about measures to prevent new skin cancers and for monitoring for recurrence of NMSC.

Keywords:Basal cell cancer; Mohs micrographic surgery; squamous cell carcinomas; transplant dermatology; treatment of non-melanoma skin cancer.

Περίληψη

Στόχοι: Ανασκόπηση τύπων και θεραπείας για καρκίνο του δέρματος χωρίς μελάνωμα (NMSC): καρκίνωμα βασικών κυττάρων (BCC), καρκίνωμα πλακωδών κυττάρων (SCC) και λιγότερο συνηθισμένο NMSC.

Πηγές δεδομένων: Πρότυπα φροντίδας, κείμενα δερματολογίας, επιστημονικά περιοδικά

Συμπέρασμα: Το BCC αναπτύσσεται αργά και σπάνια δίνει μεταστάσεις. Ορισμένοι υπότυποι BCC μπορεί να είναι επιθετικοί και καταστροφικοί. Η πρόιμη θεραπεία του SCC είναι συνήθως επιτυχής. Το μη επεξεργασμένο SCC θα διεισδύσει στον υποκείμενο ιστό, θα εισβάλει στους λεμφαδένες και θα κάνει μετάσταση. Οι επιλογές θεραπείας για το NMSC βασίζονται στα χαρακτηριστικά του ασθενούς και του όγκου, τα οποία καθορίζουν εάν μια βλάβη είναι χαμηλή ή υψηλός κίνδυνος επανεμφάνισης καρκίνου μετά τη θεραπεία.

Επιπτώσεις στη νοσηλευτική πρακτική: Οι νοσηλευτές αποτελούν αναπόσπαστο μέρος για την εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με μέτρα για την πρόληψη νέων καρκίνων του δέρματος και για την παρακολούθηση της επανεμφάνισης του NMSC.

Λέξεις-κλειδιά: Καρκίνος βασικών κυττάρων; Μικρογραφική χειρουργική Mohs καρκινώματα πλακωδών κυττάρων; δερματολογία μεταμόσχευσης θεραπεία καρκίνου του δέρματος χωρίς μελάνωμα.

5.Oncology nurses and indoor tanning: stylish or risky behavior

Abstract

Being tan has become a social norm, and some nurses engage in that widely accepted lifestyle. Mounting evidence of the increased risk to melanoma and nonmelanoma skin cancers associated with indoor tanning supports the need for nurses to integrate skin cancer education, counseling, and referrals into routine practice. The current article presents an overview of the risks associated with indoor tanning, discusses its acceptance as a social norm, and offers strategies to support oncology nurses in changing the widespread trend.

Keywords: indoor tanning; melanoma; skin cancer.

Περίληψη

Το να είσαι μαυρισμένος έχει γίνει κοινωνικός κανόνας και ορισμένοι νοσηλευτές ασχολούνται με αυτόν τον ευρέως αποδεκτό τρόπο ζωής. Η απόδειξη του αυξημένου κινδύνου για καρκίνο του δέρματος μελανώματος και μη μελανώματος που σχετίζεται με μαύρισμα εσωτερικού χώρου υποστηρίζει την ανάγκη για νοσηλευτές να ενσωματώσουν την εκπαίδευση, την παροχή συμβουλών και τις παραπομπές στον καρκίνο του δέρματος στη ρουτίνα. Το τρέχον άρθρο παρουσιάζει μια επισκόπηση των κινδύνων που σχετίζονται με το μαύρισμα σε εσωτερικούς χώρους, συζητά την αποδοχή του ως κοινωνικού κανόνα και προσφέρει στρατηγικές για την υποστήριξη των ογκολόγων νοσηλευτών στην αλλαγή της διαδεδομένης τάσης.

Λέξεις-κλειδιά: μαυρίσματος εσωτερικού χώρου, μελάνωμα, καρκίνος του δέρματος.

6. The development of the nurse biopsy role

Abstract

Research shows that nurse surgery posts strengthen continuity of care and allow collaboration with other health professionals to ensure patients receive appropriate and timely care. The consistent and integrated approach provided with the nurse biopsy role fills gaps in service provision and avoids duplication of services. Skin cancer is the most common cancer in the UK and at Queen's Medical Centre in Nottingham they see approximately 160 suspected cases each week. Before the introduction of the nurse biopsy role there was an 8-week wait for a biopsy by the doctor and a further 8-week wait for the removal of the tumour. Now, a patient with a suspected skin cancer can have a biopsy on the first visit to the clinic, reducing the wait from 8 weeks to 0 weeks. This reduction in waiting time facilitates improved mortality and morbidity from the skin cancer. It took 3 years to develop the nurse biopsy role in Nottingham and another 2 years to provide the service that is currently available. The nurse-led biopsy service is now being adopted nationwide, as recommended by the All Parliamentary Group on Skin (2003). The dermatology department at Queen's Medical Centre in Nottingham also runs an annual course to teach the surgery skills required to primary- and secondary-care nurses.

Περίληψη

Η έρευνα δείχνει ότι οι θέσεις χειρουργικής επέμβασης νοσηλευτών ενισχύουν τη συνέχεια της φροντίδας και επιτρέπουν τη συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας για να διασφαλίσουν ότι οι ασθενείς λαμβάνουν κατάλληλη και έγκαιρη φροντίδα. Η συνεπής και ολοκληρωμένη προσέγγιση που παρέχεται με τον ρόλο του νοσηλευτή βιοψίας καλύπτει τα κενά στην παροχή υπηρεσιών και αποφεύγει την αλληλεπικάλυψη υπηρεσιών. Ο καρκίνος του δέρματος είναι ο πιο κοινός καρκίνος στο Ηνωμένο Βασίλειο και στο Queen's Medical Center στο Nottingham βλέπουν περίπου 160 ύποπτα περιστατικά κάθε εβδομάδα. Πριν από την εισαγωγή του νοσηλευτή βιοψίας υπήρχε αναμονή 8 εβδομάδων για βιοψία από το γιατρό και περαιτέρω αναμονή 8 εβδομάδων για την απομάκρυνση του όγκου. Τώρα, ένας ασθενής με ύποπτο καρκίνο του δέρματος μπορεί να κάνει βιοψία κατά την πρώτη επίσκεψη στην κλινική, μειώνοντας την αναμονή από 8 εβδομάδες σε 0 εβδομάδες. Αυτή η μείωση του χρόνου αναμονής έχει μειώσει θνησιμότητα και νοσηρότητα από τον καρκίνο του δέρματος. Χρειάστηκαν 3 χρόνια για να αναπτυχθεί ο

ρόλος του νοσηλευτή βιοψίας στο Nottingham και άλλα 2 χρόνια για την παροχή της υπηρεσίας που είναι διαθέσιμη αυτή τη στιγμή. Η υπηρεσία βιοψίας υπό την καθοδήγηση νοσηλευτών υιοθετείται τώρα σε εθνικό επίπεδο, όπως συνιστάται από την AllParliamentaryGrouponSkin (2003). Το τμήμα δερματολογίας στο Ιατρικό Κέντρο της Queen's στο Nottingham διεξάγει επίσης ένα ετήσιο μάθημα για να διδάξει τις δεξιότητες χειρουργικής επέμβασης που απαιτούνται σε νοσηλευτές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας.

7.Roles of advanced practice nurses in oncology

Abstract

Managed care is a process of health-care management that integrates financing, cost-containment strategies, and business principles with the delivery of health care. Managed care's rapid transformation of specialty practices, such as oncology, is redirecting classic nursing functions toward market initiatives that value the design of care/case management systems and the implementation of multidisciplinary "patient-centered" care models. As health-care systems continue to evolve, advanced practice nurses (APNs) are redefining their roles and enhancing their skills to meet the demands of the marketplace. Advanced practice nurses are defined as registered nurses who have met advanced educational and practice requirements and are prepared at the graduate level. This paper will identify the four established APN roles: nurse practitioner (NP), nurse anesthetist, nurse midwife, and clinical nurse specialist (CNS), as well as highlight the nurse practitioner and clinical nurse specialist as the leadership APN roles within oncology practice. The adaption to managed care has identified new functions and created opportunities for these APN specialties that are being viewed both competitively by other oncology health-care providers and creatively by managed-care organizations. The integration of these emerging roles within the new advanced nursing market and their contributions to oncology care are also discussed.

Περίληψη

Η διαχειριζόμενη φροντίδα είναι μια διαδικασία διαχείρισης της υγειονομικής περίθαλψης που ενσωματώνει χρηματοδότηση, στρατηγικές περιορισμού του κόστους και επιχειρηματικές αρχές με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Ο γρήγορος μετασχηματισμός της Managed Care σε εξειδικευμένες πρακτικές, όπως η ογκολογία, επαναπροσανατολίζει τις κλασικές λειτουργίες νοσηλευτικής σε πρωτοβουλίες της αγοράς που εκτιμούν το σχεδιασμό συστημάτων φροντίδας / διαχείρισης περιπτώσεων και την εφαρμογή πολυτομεακών μοντέλων φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή. Καθώς τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης συνεχίζουν να εξελίσσονται, οι νοσηλευτές προηγμένης πρακτικής (APN) επαναπροσδιορίζουν τους ρόλους τους και ενισχύουν τις δεξιότητές τους για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της αγοράς. Οι νοσηλευτές προχωρημένης πρακτικής ορίζονται ως εγγεγραμμένοι νοσηλευτές που έχουν ικανοποιήσει τις προχωρημένες απαιτήσεις εκπαίδευσης και πρακτικής και προετοιμάζονται σε μεταπτυχιακό επίπεδο. Αυτό το έγγραφο θα προσδιορίσει τους τέσσερις καθιερωμένους ρόλους APN: νοσηλευτής (NP), αναισθησιολόγος νοσηλευτής, μαία νοσηλεύτρια και κλινικός ειδικός νοσηλευτής (CNS), καθώς επίσης και τονίζει τον ειδικό νοσηλευτή και τον κλινικό ειδικό νοσηλευτή ως ο ηγετικός ρόλος APN στην ογκολογία. Η προσαρμογή στη διαχειριζόμενη περίθαλψη έχει εντοπίσει νέες λειτουργίες και δημιουργήσει ευκαιρίες για αυτές τις ειδικότητες APN που αντιμετωπίζονται τόσο ανταγωνιστικά από άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης ογκολογίας όσο και δημιουργικά από οργανισμούς διαχειριζόμενης περίθαλψης. Συζητείται επίσης η ενσωμάτωση αυτών των αναδυόμενων ρόλων στη νέα προηγμένη νοσηλευτική αγορά και η συμβολή τους στην ογκολογία.

8. Influence of Yoga on Cancer-Related Fatigue and on Mediation Relationships Between Changes in Sleep and Cancer-Related Fatigue: A Nationwide, Multicenter Randomized Controlled Trial of Yoga in Cancer Survivors

Abstract

Background: Cancer-related fatigue (CRF) often co-occurs with sleep disturbance and is one of the most pervasive toxicities resulting from cancer and its treatment. We and other

investigators have previously reported that yoga therapy can improve sleep quality in cancer patients and survivors. No nationwide multicenter phase III randomized controlled trial (RCT) has investigated whether yoga therapy improves CRF or whether improvements in sleep mediate the effect of yoga on CRF. We examined the effect of a standardized, 4-week, yoga therapy program (Yoga for Cancer Survivors [YOCAS]) on CRF and whether YOCAS-induced changes in sleep mediated changes in CRF among survivors.

Study design and methods: Four hundred ten cancer survivors were recruited to a nationwide multicenter phase III RCT comparing the effect of YOCAS to standard survivorship care on CRF and examining the mediating effects of changes in sleep, stemming from yoga, on changes in CRF. CRF was assessed by the Multidimensional Fatigue Symptom Inventory. Sleep was assessed via the Pittsburgh Sleep Quality Index. Between- and within-group intervention effects on CRF were assessed by analysis of covariance and 2-tailed t test, respectively. Path analysis was used to evaluate mediation.

Results: YOCAS participants demonstrated significantly greater improvements in CRF compared with participants in standard survivorship care at post-intervention ($P < .01$). Improvements in overall sleep quality and reductions in daytime dysfunction (eg, excessive napping) resulting from yoga significantly mediated the effect of yoga on CRF (22% and 37%, respectively, both $P < .01$).

Conclusions: YOCAS is effective for treating CRF among cancer survivors; 22% to 37% of the improvements in CRF from yoga therapy result from improvements in sleep quality and daytime dysfunction. Oncologists should consider prescribing yoga to cancer survivors for treating CRF and sleep disturbance.

Keywords: cancer -related fatigues, mediation, randomized controlled trial, sleep, yoga.

Περίληψη

Ιστορικό: Η κόπωση που σχετίζεται με τον καρκίνο (CRF) συμβαίνει συχνά με διαταραχή του ύπνου και είναι μία από τις πιο διαδεδομένες τοξικότητες που προκύπτουν από τον καρκίνο και τη θεραπεία του. Εμείς και άλλοι ερευνητές έχουμε αναφέρει προηγουμένως ότι η θεραπεία γιόγκα μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα του ύπνου σε καρκινοπαθείς και επιζώντες. Καμία εθνική πολυκεντρική τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή φάσης III

(RCT) δεν έχει διερευνήσει εάν η θεραπεία γιόγκα βελτιώνει τον CRF ή εάν οι βελτιώσεις στον ύπνο μεσολαβούν στην επίδραση της γιόγκα στον CRF. Εξετάσαμε την επίδραση ενός τυποποιημένου προγράμματος θεραπείας γιόγκα διάρκειας 4 εβδομάδων (Yoga for Cancer Survivors [YOCAS]) στο CRF και κατά πόσον οι προκαλούμενες από YOCAS αλλαγές στον ύπνο προκαλούσαν αλλαγές στον CRF μεταξύ των επιζώντων.

Σχεδιασμός και μέθοδοι μελέτης: Τετρακόσια δέκα επιζών καρκίνου προσλήφθηκαν σε μια πολυκεντρική φάση III RCT που συγκρίνει την επίδραση του YOCAS με την τυπική φροντίδα επιβίωσης στο CRF και εξετάζει τα μεσολαβητικά αποτελέσματα των αλλαγών στον ύπνο, που προέρχονται από τη γιόγκα, στις αλλαγές στον CRF. Ο CRF αξιολογήθηκε από το Πολυδιάστατο Σύστημα Συμπτωμάτων Κόπωσης. Ο ύπνος αξιολογήθηκε μέσω του δείκτη ποιότητας ύπνου του Πίτσμπουργκ. Τα αποτελέσματα παρέμβασης μεταξύ και εντός της ομάδας στο CRF αξιολογήθηκαν με ανάλυση της συνδιακύμανσης και της δοκιμής t 2-tailed, αντίστοιχα. Η ανάλυση διαδρομής χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της διαμεσολάβησης.

Αποτελέσματα: Οι συμμετέχοντες στο YOCAS παρουσίασαν σημαντικά μεγαλύτερες βελτιώσεις στο CRF σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες στην τυπική φροντίδα επιβίωσης μετά την παρέμβαση ($P < .01$). Οι βελτιώσεις στη συνολική ποιότητα ύπνου και οι μειώσεις στη δυσλειτουργία κατά τη διάρκεια της ημέρας (π.χ. υπερβολικός ύπνος) που προέκυψε από τη γιόγκα μεσολαβούσαν σημαντικά την επίδραση της γιόγκα στο CRF (22% και 37%, αντίστοιχα, και τα δύο $P < .01$).

Συμπεράσματα: Το YOCAS είναι αποτελεσματικό για τη θεραπεία του CRF στους επιζώντες από καρκίνο. 22% έως 37% των βελτιώσεων στο CRF από τη θεραπεία γιόγκα προκύπτουν από βελτιώσεις στην ποιότητα του ύπνου και τη δυσλειτουργία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Οι ογκολόγοι θα πρέπει να εξετάσουν το ενδεχόμενο συνταγογράφησης γιόγκα σε επιζώντες από καρκίνο για τη θεραπεία του CRF και της διαταραχής του ύπνου.

Λέξεις- κλειδιά : κόπωση που σχετίζεται με τον καρκίνο, διαμεσολάβηση, τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή, ύπνος, γιόγκα.

9. Recognizing skin cancer in Primary Care

Abstract

Skin cancer, including melanoma, basal cell carcinoma and cutaneous squamous cell carcinoma, has one of the highest global incidences of any form of cancer. In 2016 more than 16,000 people were diagnosed with melanoma in the UK. Over the last decade the incidence of melanoma has increased by 50% in the UK, and about one in ten melanomas are diagnosed at a late stage. Among the keratinocyte carcinomas (previously known as non-melanoma skin cancers), basal cell carcinoma is the most common cancer amongst Caucasian populations. The main risk factor for all skin cancer is exposure to ultraviolet radiation-more than 80% are considered preventable. Primary care clinicians have a vital role to play in detecting and managing patients with skin lesions suspected to be skin cancer, as timely diagnosis and treatment can improve patient outcomes, particularly for melanoma. However, detecting skin cancer can be challenging, as common non-malignant skin lesions such as seborrhoeic keratoses share features with less common skin cancers. Given that more than 80% of skin cancers are attributed to ultraviolet (UV) exposure, primary care clinicians can also play an important role in skin cancer prevention. This article is one of a series discussing cancer prevention and detection in primary care. Here we focus on the most common types of skin cancer: melanoma, squamous cell carcinoma and basal cell carcinoma. We describe the main risk factors and prevention advice. We summarise key guidance on the symptoms and signs of skin cancers and their management, including their initial assessment and referral. In addition, we review emerging technologies and diagnostic aids which may become available for use in primary care in the near future, to aid the triage of suspicious skin lesions.

Keywords : Basal cell carcinoma ,early diagnosis, melanoma, primary care, skin cancer, squamous cell carcinoma.

Περίληψη

Ο καρκίνος του δέρματος, συμπεριλαμβανομένου του μελανώματος, του καρκινώματος των βασικών κυττάρων και του καρκινώματος των δερματικών πλακωδών κυττάρων, έχει μία από τις υψηλότερες παγκόσμιες συχνότητες οποιασδήποτε μορφής καρκίνου. Το 2016 περισσότερα από 16.000 άτομα διαγνώστηκαν με μελάνωμα στο Ηνωμένο Βασίλειο. Κατά

την τελευταία δεκαετία, η συχνότητα εμφάνισης μελανώματος έχει αυξηθεί κατά 50% στο Ηνωμένο Βασίλειο και περίπου ένα στα δέκα μελανώματα διαγιγνώσκονται σε μεταγενέστερο στάδιο. Μεταξύ των καρκινωμάτων κερατινοκυττάρων (παλαιότερα γνωστά ως καρκίνοι του δέρματος χωρίς μελάνωμα), το καρκίνωμα των βασικών κυττάρων είναι ο πιο κοινός καρκίνος στους πληθυσμούς του Καυκάσου. Ο κύριος παράγοντας κινδύνου για όλο τον καρκίνο του δέρματος είναι η έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία - περισσότερο από το 80% θεωρείται ότι μπορεί να προληφθεί. Οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχουν ζωτικό ρόλο να διαδραματίσουν στην ανίχνευση και διαχείριση ασθενών με δερματικές βλάβες που υποπτεύονται ότι είναι καρκίνος του δέρματος, καθώς η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα των ασθενών, ιδίως για το μελάνωμα. Ωστόσο, η ανίχνευση καρκίνου του δέρματος μπορεί να είναι προκλητική, καθώς οι κοινές μη κακοήγεις δερματικές βλάβες όπως οι σμηγματορροϊκές κερατόζες μοιράζονται χαρακτηριστικά με λιγότερο κοινούς καρκίνους του δέρματος. Δεδομένου ότι περισσότερο από το 80% των καρκίνων του δέρματος αποδίδεται στην έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία (UV), οι γιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορούν επίσης να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη του καρκίνου του δέρματος. Αυτό το άρθρο είναι μια από τις σειρές που συζητούν την πρόληψη και τον εντοπισμό του καρκίνου στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Εδώ εστιάζουμε στους πιο συνηθισμένους τύπους καρκίνου του δέρματος: μελάνωμα, καρκίνωμα πλακωδών κυττάρων και καρκίνωμα βασικών κυττάρων. Περιγράφουμε τους κύριους παράγοντες κινδύνου και τις συμβουλές πρόληψης. Συνοψίζουμε τις βασικές οδηγίες για τα συμπτώματα και τα σημάδια του καρκίνου του δέρματος και τη διαχείριση τους, συμπεριλαμβανομένης της αρχικής αξιολόγησης και παραπομπής. Επιπλέον, εξετάζουμε τις αναδυόμενες τεχνολογίες και τα διαγνωστικά βοηθήματα που μπορεί να είναι διαθέσιμα για χρήση στην πρωτοβάθμια φροντίδα στο εγγύς μέλλον, για να βοηθήσουν στην εκδήλωση ύποπτων δερματικών βλαβών.

Λέξεις- Κλειδιά : Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, έγκαιρη διάγνωση, μελάνωμα, πρωτοβάθμια φροντίδα, καρκίνος του δέρματος, καρκίνωμα πλακώδεις κυττάρων.

10. Tissue-resident memory CD8⁺ T cells promote melanoma –immune equilibrium in skin

Abstract

The immune system can suppress tumour development both by eliminating malignant cells and by preventing the outgrowth and spread of cancer cells that resist eradication¹. Clinical and experimental data suggest that the latter mode of control—termed cancer-immune equilibrium¹—can be maintained for prolonged periods of time, possibly up to several decades²⁻⁴. Although cancers most frequently originate in epithelial layers, the nature and spatiotemporal dynamics of immune responses that maintain cancer-immune equilibrium in these tissue compartments remain unclear. Here, using a mouse model of transplantable cutaneous melanoma, we show that tissue-resident memory CD8⁺ T cells (T_{RM} cells) promote a durable melanoma-immune equilibrium that is confined to the epidermal layer of the skin. A proportion of mice (~40%) transplanted with melanoma cells remained free of macroscopic skin lesions long after epicutaneous inoculation, and generation of tumour-specific epidermal CD69⁺ CD103⁺ T_{RM} cells correlated with this spontaneous disease control. By contrast, mice deficient in T_{RM} formation were more susceptible to tumour development. Despite being tumour-free at the macroscopic level, mice frequently harboured melanoma cells in the epidermal layer of the skin long after inoculation, and intravital imaging revealed that these cells were dynamically surveyed by T_{RM} cells. Consistent with their role in melanoma surveillance, tumour-specific T_{RM} cells that were generated before melanoma inoculation conferred profound protection from tumour development independently of recirculating T cells. Finally, depletion of T_{RM} cells triggered tumour outgrowth in a proportion (~20%) of mice with occult melanomas, demonstrating that T_{RM} cells can actively suppress cancer progression. Our results show that T_{RM} cells have a fundamental role in the surveillance of subclinical melanomas in the skin by maintaining cancer-immune equilibrium. As such, they provide strong impetus for exploring these cells as targets of future anticancer immunotherapies.

Keywords: melanoma, memory CD8⁺ T cells, tumour, immune system, transplantable cutaneous melanoma.

Περίληψη

Το ανοσοποιητικό σύστημα μπορεί να καταστέλλει την ανάπτυξη όγκων εξαλείφοντας τα κακοήγη κύτταρα και αποτρέποντας την ανάπτυξη και την εξάπλωση καρκινικών κυττάρων που αντιστέκονται στην εξάλειψη. Κλινικά και πειραματικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι ο τελευταίος τρόπος ελέγχου που ονομάζεται καρκίνος-ανοσοποιητική ισορροπία¹ μπορεί να διατηρηθεί για παρατεταμένες χρονικές περιόδους, πιθανώς έως αρκετές δεκαετίες. Αν και οι καρκίνοι συνήθως προέρχονται από επιθηλιακά στρώματα, η φύση και η χωροχρονική δυναμική των ανοσολογικών αποκρίσεων που διατηρούν την ανοσολογική ισορροπία του καρκίνου σε αυτά τα διαμερίσματα ιστών παραμένουν ασαφείς. Εδώ, χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο ποντικού μεταμοσχεύσιμου δερματικού μελανώματος, δείχνουμε ότι τα κύτταρα CD8 + T μνήμης που είναι κάτοικοι ιστών (κύτταρα TRM) προάγουν μια ανθεκτική ισορροπία ανοσοποιητικού μελανώματος που περιορίζεται στην επιδερμική στιβάδα του δέρματος. Ένα ποσοστό ποντικών (~40%) που μεταμοσχεύτηκαν με κύτταρα μελανώματος παρέμεινε απαλλαγμένο από μακροσκοπικές δερματικές αλλοιώσεις πολύ μετά τον επιδερμικό εμβολιασμό και δημιουργία ειδικών για όγκο επιδερμικών CD69 + CD103 + TRM κυττάρων που συσχετίστηκαν με αυτόν τον αυθόρμητο έλεγχο της νόσου. Αντίθετα, τα ποντίκια με ανεπάρκεια στο σχηματισμό TRM ήταν πιο ευαίσθητα στην ανάπτυξη όγκων. Παρά το γεγονός ότι δεν έχουν όγκο σε μακροσκοπικό επίπεδο, τα ποντίκια συχνά έφεραν κύτταρα μελανώματος στην επιδερμική στιβάδα του δέρματος πολύ μετά τον εμβολιασμό και η ενδοφθάλμια απεικόνιση αποκάλυψε ότι αυτά τα κύτταρα εξετάστηκαν δυναμικά από κύτταρα TRM. Σύμφωνα με τον ρόλο τους στην επιτήρηση του μελανώματος, τα ειδικά κύτταρα όγκου TRM που δημιουργήθηκαν πριν από τον εμβολιασμό μελανώματος παρείχαν βαθιά προστασία από την ανάπτυξη όγκων ανεξάρτητα από την ανακυκλοφορία T κυττάρων. Τέλος, η εξάντληση των κυττάρων TRM προκάλεσε ανάπτυξη όγκου σε ποσοστό (~20%) ποντικών με απόκρυφα μελανώματα, αποδεικνύοντας ότι τα κύτταρα TRM μπορούν να καταστέλλουν ενεργά την εξέλιξη του καρκίνου. Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι τα κύτταρα TRM έχουν θεμελιώδη ρόλο στην παρακολούθηση των υποκλινικών μελανωμάτων στο δέρμα διατηρώντας την ανοσολογική ισορροπία του καρκίνου. Ως εκ τούτου, παρέχουν ισχυρή ώθηση για την εξερεύνηση αυτών των κυττάρων ως στόχων μελλοντικών αντικαρκινικών ανοσοθεραπειών.

Λέξεις-κλειδιά: μελάνωμα, κύτταρα μνήμης CD8⁺ T , όγκος, ανοσοποιητικό σύστημα, μεταμοσχευμένο δερματικό μελάνωμα.

11.Sunscreen Use and Melanoma Risk Among Young Australians Adults

Abstract

Importance: There are limited data among young adults on sunscreen use during childhood and adulthood and on the association of sunscreen use with melanoma risk.

Objective: To assess correlates of early-life sunscreen use and the association between sunscreen use and risk of cutaneous melanoma before age 40 years.

Design, setting, and participants: This population-based, case-control family study analyzed Australian Melanoma Family Study data for persons with questionnaire data on sunscreen use collected by interview from 2001 to 2005 across 3 states in Australia, representing two-thirds of the country's population. Case participants (aged 18-39 years) had confirmed first primary melanoma. Siblings of case participants were included, and case participants without a sibling control were excluded. Unrelated controls (aged 18-44 years) were recruited from the electoral roll or were a spouse, partner, or friend nominated by case participants. Data analyses were conducted from October 2017 to February 2018.

Exposures: Self- and parent-reported sunscreen use, sun exposure, and other candidate risk factors during childhood and adulthood.

Main outcomes and measures: Logistic regression analyses adjusted for potential confounders were used to estimate odds ratios (ORs) for melanoma and for correlates of sunscreen use.

Results: Participation was 629 of 830 contactable cases (76%) (629 of 1197 overall [53%]), 240 of 570 contactable controls (42%) from the electoral roll (240 of 1068 overall [23%]), and 295 of 371 nominated spouse or friend controls (80%); analysis included 603 cases and 1088 controls. The median (interquartile range) age was 32 (28-36) years for 603 cases, 35 (30-38) years for 478 unrelated controls, and 34 (29-38) years for 610 sibling controls. There were more women than men (range, 57%-62%) in all groups,

approximately 40% (range, 39%-43%) of participants had a university education, and most participants (range, 58%-73%) had British/northern European ethnicity. Risk of melanoma was less with higher use of sunscreen in childhood (OR for highest vs lowest tertiles, 0.60; 95% CI, 0.42-0.87; $P = .02$ for trend) and across the lifetime (OR, 0.65; 95% CI, 0.45-0.93; $P = .07$ for trend). Subgroup analyses suggested that the protective association of sunscreen with melanoma was stronger for people reporting blistering sunburn, receiving a diagnosis of melanoma at a younger age, or having some or many nevi. Total lifetime sun exposure was unrelated to melanoma risk (OR for highest vs lowest tertile, 0.97; 95% CI, 0.66-1.43; $P = .94$ for trend). By contrast, total sun exposure inversely weighted by sunscreen use (as a measure of sun exposure unprotected by sunscreen) was significantly associated with melanoma risk (OR, 1.80; 95% CI, 1.22-2.65; $P = .007$ for trend) and appeared stronger for people having lighter pigmentation or some or many nevi or using sunscreen to stay longer in the sun. Regular users of sunscreen were more likely to be female, younger, and of British or northern European ancestry and to have higher educational levels, lighter skin pigmentation, and a stronger history of blistering sunburn.

Conclusions and relevance: Our findings provided evidence that regular sunscreen use is significantly associated with reduced risk of cutaneous melanoma among young adults and identified several characteristics associated with less sunscreen use.

Περίληψη

Σημασία: Υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα μεταξύ των νέων ενηλίκων σχετικά με τη χρήση αντηλιακών κατά την παιδική ηλικία και την ενηλικίωση και σχετικά με τη συσχέτιση της αντηλιακής χρήσης με τον κίνδυνο μελανώματος.

Στόχος: Αξιολόγηση συσχετισμών της χρήσης αντηλιακών πρώιμης ζωής και της σχέσης μεταξύ της χρήσης αντηλιακών και του κινδύνου δερματικού μελανώματος πριν από την ηλικία των 40 ετών.

Σχεδιασμός, ρύθμιση και συμμετέχοντες: Αυτή η οικογενειακή μελέτη ελέγχου περιπτώσεων που βασίστηκε στον πληθυσμό ανέλυσε τα δεδομένα της μελέτης Family Melanoma Family για άτομα με ερωτηματολόγια σχετικά με τη χρήση αντηλιακών που συλλέχθηκαν με συνέντευξη από το 2001 έως το 2005 σε 3 πολιτείες στην Αυστραλία, που αντιπροσωπεύουν τα δύο τρίτα των πληθυσμός της χώρας. Οι συμμετέχοντες στην

υπόθεση (ηλικίας 18-39 ετών) είχαν επιβεβαιώσει το πρώτο πρωτογενές μελάνωμα. Συμπεριλήφθηκαν αδέλφια των συμμετεχόντων και αποκλείστηκαν οι συμμετέχοντες χωρίς έλεγχο αδελφού. Οι μη σχετικοί έλεγχοι (ηλικίας 18-44 ετών) προσλήφθηκαν από τον εκλογικό κατάλογο ή ήταν σύζυγος, σύντροφος ή φίλος που ορίστηκαν από συμμετέχοντες στην υπόθεση. Οι αναλύσεις δεδομένων πραγματοποιήθηκαν από τον Οκτώβριο του 2017 έως τον Φεβρουάριο του 2018.

Αποκάλυψη: Χρήση αντηλιακού που αναφέρεται από μόνος και γονέας, έκθεση στον ήλιο και άλλοι υποψήφιοι παράγοντες κινδύνου κατά την παιδική ηλικία και την ενηλικίωση.

Κύρια αποτελέσματα και μέτρα: Χρησιμοποιήθηκαν αναλύσεις λογιστικής παλινδρόμησης προσαρμοσμένες για πιθανούς συγχωνευτές για τον υπολογισμό των αναλογιών αποδόσεων (ORs) για το μελάνωμα και για συσχετισμούς χρήσης αντηλιακών.

Αποτελέσματα: Συμμετείχαν 629 από 830 περιπτώσεις με δυνατότητα επαφής (76%) (629 από 1197 συνολικά [53%]), 240 από 570 ελεγχόμενοι έλεγχοι (42%) από τον εκλογικό κατάλογο (240 από 1068 συνολικά [23%]) και 295 από 371 καθορισμένους ελέγχους συζύγου ή φίλου (80%). Η ανάλυση περιελάμβανε 603 περιπτώσεις και 1088 μάρτυρες. Η μέση ηλικία (εύρος μεταξύ των τεμαχίων) ήταν 32 (28-36) έτη για 603 περιπτώσεις, 35 (30-38) έτη για 478 άσχετα στοιχεία ελέγχου και 34 (29-38) έτη για 610 μάρτυρες αδελφών. Υπήρχαν περισσότερες γυναίκες από τους άνδρες (εύρος, 57% -62%) σε όλες τις ομάδες, περίπου το 40% (εύρος, 39% -43%) των συμμετεχόντων είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση και οι περισσότεροι συμμετέχοντες (εύρος, 58% -73%) είχε βρετανική / βόρεια ευρωπαϊκή εθνικότητα. Ο κίνδυνος μελανώματος ήταν μικρότερος με την υψηλότερη χρήση αντηλιακού στην παιδική ηλικία (OR για τα υψηλότερα έναντι των χαμηλότερων τριτοειδών, 0,60; 95% CI, 0,42-0,87; $P = .02$ για τάση) και καθ' όλη τη διάρκεια ζωής (OR, 0,65, 95% CI, 0,45-0,93; $P = 0,07$ για τάση). Οι αναλύσεις της υποομάδας έδειξαν ότι η προστατευτική συσχέτιση του αντηλιακού με το μελάνωμα ήταν ισχυρότερη για άτομα που ανέφεραν φουσκάλες ηλιακά εγκαύματα, έλαβαν διάγνωση μελανώματος σε νεαρή ηλικία ή είχαν μερικούς ή πολλούς σπίλους. Η συνολική έκθεση στον ήλιο καθ' όλη τη διάρκεια ζωής δεν σχετίζεται με τον κίνδυνο μελανώματος (Η για το υψηλότερο έναντι του χαμηλότερου τριτιλίου, 0,97, 95% CI, 0,66-1,43, $P = 0,94$ για την τάση). Αντιθέτως, η συνολική έκθεση στον ήλιο αντιστρόφως σταθμισμένη από τη χρήση αντηλιακού (ως μέτρο της έκθεσης στον ήλιο χωρίς προστασία από το αντηλιακό) συσχετίστηκε σημαντικά με τον κίνδυνο μελανώματος (OR, 1,80, 95% CI, 1,22-2,65; $P =$

0,007 για τάση) και εμφανίστηκε ισχυρότερο για άτομα που έχουν ελαφρύτερη μελάγχρωση ή μερικούς ή πολλούς σπίλους ή χρησιμοποιούν αντηλιακό για να παραμείνουν περισσότερο στον ήλιο. Οι τακτικοί χρήστες αντηλιακών ήταν πιο πιθανό να είναι γυναίκες, νεότεροι, και βρετανικής ή βόρειας Ευρώπης καταγωγής και να έχουν υψηλότερα εκπαιδευτικά επίπεδα, ελαφρύτερη χρωματική επιδερμίδα και ισχυρότερο ιστορικό φουσκάλες ηλιακού εγκαύματος.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματά μας παρείχαν αποδείξεις ότι η τακτική χρήση αντηλιακού σχετίζεται σημαντικά με μειωμένο κίνδυνο δερματικού μελανώματος σε νέους ενήλικες και εντόπισε αρκετά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με λιγότερη χρήση αντηλιακών.

12. Melanoma Epidemiology and Sun Exposure

Abstract

The worldwide incidence of melanoma has increased rapidly over the last 50 years. Melanoma is the most common cancer found in the young adult population, and its incidence is very high among geriatric populations. The incidence of melanoma varies by sex, and this factor is also associated with differences in the anatomical site melanoma. Adolescent and young adult women have a higher incidence than men. This may be, in part, due to the greater use of sunbeds, as well as intentional sun exposure among girls and, in general, risky behaviours in seeking to suntan, due to socially-determined aesthetic needs. Indeed, the World Health Organization declared that there is sufficient evidence to classify exposure to ultraviolet radiation (sunbed use and sun exposure) as carcinogenic to humans. Although pigmentation characteristics, such as skin colour, hair and eye colour, freckles and number of common and atypical naevi, do influence susceptibility to melanoma, recommendations regarding prevention should be directed to the entire population and should include avoiding sunbed, covering sun-exposed skin, wearing a hat and sunglasses. Sunscreen use should not be used to prolong intentional sun exposure. Primary prevention should be focused mainly on young adult women, while secondary prevention should be focused mainly on elderly men. In fact, after the age of 40 years, incidence rates reverse, and the incidence of melanoma among men is greater than among

women. This is probably due to the fact that men are less likely than women to examine their own skin or present to a dermatologist for skin examination.

Keywords: melanoma, phenotype, sun exposure, sunbed, sunscreen, sunburn.

Περίληψη

Η παγκόσμια επίπτωση μελανώματος έχει αυξηθεί ραγδαία τα τελευταία 50 χρόνια. Το μελάνωμα είναι ο πιο κοινός καρκίνος που βρίσκεται στον νεαρό πληθυσμό ενηλίκων και η συχνότητα εμφάνισης είναι πολύ υψηλή μεταξύ των γηριατρικών πληθυσμών. Η συχνότητα εμφάνισης μελανώματος ποικίλλει ανάλογα με το φύλο και αυτός ο παράγοντας σχετίζεται επίσης με διαφορές στο μελάνωμα της ανατομικής θέσης. Οι έφηβες και οι νέες ενήλικες γυναίκες έχουν υψηλότερη συχνότητα από τους άνδρες. Αυτό μπορεί, εν μέρει, να οφείλεται στη μεγαλύτερη χρήση ξαπλώστρων, καθώς και στην εκούσια έκθεση στον ήλιο μεταξύ των κοριτσιών και, γενικά, των επικίνδυνων συμπεριφορών στην αναζήτηση ηλιοφάνειας, λόγω κοινωνικά καθορισμένων αισθητικών αναγκών. Πράγματι, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας δήλωσε ότι υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να χαρακτηριστεί η έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία (χρήση ξαπλώστρας και έκθεση στον ήλιο) ως καρκινογόνο για τον άνθρωπο. Αν και τα χαρακτηριστικά της χρώσης, όπως το χρώμα του δέρματος, το χρώμα των μαλλιών και των ματιών, οι φακίδες και ο αριθμός των κοινών και άτυπων νευτικών, επηρεάζουν την ευαισθησία στο μελάνωμα, οι συστάσεις σχετικά με την πρόληψη πρέπει να απευθύνονται σε ολόκληρο τον πληθυσμό και πρέπει να περιλαμβάνουν την αποφυγή ξαπλώστρας, που καλύπτει το δέρμα που εκτίθεται στον ήλιο, φορώντας καπέλο και γυαλιά ηλίου. Η αντηλιακή χρήση δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για την παράταση της σκόπιμης έκθεσης στον ήλιο. Η πρωτογενής πρόληψη πρέπει να επικεντρώνεται κυρίως σε νεαρές ενήλικες γυναίκες, ενώ η δευτερογενής πρόληψη πρέπει να επικεντρώνεται κυρίως σε ηλικιωμένους άνδρες. Στην πραγματικότητα, μετά την ηλικία των 40 ετών, τα ποσοστά εμφάνισης αντιστρέφονται και η συχνότητα εμφάνισης μελανώματος στους άνδρες είναι μεγαλύτερη από ό, τι στις γυναίκες. Αυτό οφείλεται πιθανώς στο γεγονός ότι οι άνδρες είναι λιγότερο πιθανό από τις γυναίκες να εξετάσουν το δέρμα τους ή να παρουσιάσουν σε δερματολόγο για εξέταση δέρματος.

Λέξεις-κλειδιά : μελάνωμα, φαινότυπος, ηλιακή έκθεση, ξαπλώστρες, αντηλιακό, ηλιακό έγκαυμα.

13.Melanoma brain Metastases-Interdisciplinary management recommendations 2020

Abstract

Melanoma brain metastases (MBM) are common and associated with a particularly poor prognosis; they directly cause death in 60-70% of melanoma patients. In the past, systemic treatments have shown response rates around 5%, whole brain radiation as standard of care has achieved a median overall survival of approximately three months. Recently, the combination of immune checkpoint inhibitors and combinations of MAP-kinase inhibitors both have shown very promising response rates of up to 55% and 58%, respectively, and improved survival. However, current clinical evidence is based on multi-cohort studies only, as prospectively randomized trials have been carried out rarely in MBM, independently whether investigating systemic therapy, radiotherapy or surgical techniques. Here, an interdisciplinary expert team reviewed the outcome of prospectively conducted clinical studies in MBM, identified evidence gaps and provided recommendations for the diagnosis, treatment, outcome evaluation and monitoring of MBM patients. The recommendations refer to four distinct scenarios: patients (i) with 'brain-only' disease, (ii) with oligometastatic asymptomatic intra- and extracranial disease, (iii) with multiple asymptomatic metastases, and (iv) with multiple symptomatic MBM or leptomeningeal disease. Changes in current management recommendations comprise the use of immunotherapy - preferably combined anti-CTLA-4/PD-1-immunotherapy - in asymptomatic MBM minus/plus stereotactic radiosurgery which remains the mainstay of local brain therapy being safe and effective. Adjuvant whole-brain radiotherapy provides no clinical benefit in oligometastatic MBM. Among the systemic therapies, combined MAPK-kinase inhibition provides, in BRAF^{V600}-mutated patients with rapidly progressing or/and symptomatic MBM, an alternative to combined immunotherapy.

Keywords: CNS, CTLA-4 blocking antibody, melanoma, metastasis, PD-1 blocking antibody, stereotactic radiation.

Περίληψη

Οι μεταστάσεις εγκεφάλου μελανώματος (MBM) είναι συχνές και σχετίζονται με μια ιδιαίτερα κακή πρόγνωση. Προκαλούν άμεσα θάνατο στο 60-70% των ασθενών με μελάνωμα. Στο παρελθόν, οι συστηματικές θεραπείες έχουν δείξει ποσοστά απόκρισης περίπου 5%, ενώ η ακτινοβολία ολόκληρου του εγκεφάλου ως πρότυπο φροντίδας έχει επιτύχει μια μέση συνολική επιβίωση περίπου τριών μηνών. Πρόσφατα, ο συνδυασμός των αναστολέων του ανοσοποιητικού σημείου ελέγχου και οι συνδυασμοί των αναστολέων της MAP-κινάσης έχουν δείξει πολύ υποσχόμενους ρυθμούς απόκρισης έως και 55% και 58%, αντίστοιχα, και βελτιωμένη επιβίωση. Ωστόσο, τα τρέχοντα κλινικά στοιχεία βασίζονται μόνο σε μελέτες πολλαπλών κοόρτων, καθώς προοπτικά τυχαιοποιημένες δοκιμές έχουν πραγματοποιηθεί σπάνια σε MBM, ανεξάρτητα από το αν διερευνούν συστηματική θεραπεία, ακτινοθεραπεία ή χειρουργικές τεχνικές. Εδώ, μια διεπιστημονική ομάδα εμπειρογνομόνων εξέτασε το αποτέλεσμα των μελλοντικά διεξαγόμενων κλινικών μελετών σε MBM, εντόπισε κενά αποδεικτικών στοιχείων και παρείχε συστάσεις για τη διάγνωση, τη θεραπεία, την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και την παρακολούθηση των ασθενών με MBM. Οι συστάσεις αναφέρονται σε τέσσερα διαφορετικά σενάρια: ασθενείς (i) με νόσο «μόνο για τον εγκέφαλο», (ii) με ολιγομεταστατική ασυμπτωματική ενδο- και εξωκρανιακή νόσο, (iii) με πολλαπλές ασυμπτωματικές μεταστάσεις και (iv) με πολλαπλά συμπτωματικά MBM ή λεπτομεγχειακά νόσους. Οι αλλαγές στις τρέχουσες συστάσεις διαχείρισης περιλαμβάνουν τη χρήση ανοσοθεραπείας - κατά προτίμηση συνδυασμένης αντι-CTLA-4 / PD-1-ανοσοθεραπείας - σε ασυμπτωματική MBM μείον / συν στερεοτακτική ακτινοχειρουργική που παραμένει ο βασικός παράγοντας της τοπικής εγκεφαλικής θεραπείας να είναι ασφαλής και αποτελεσματική. Η συμπληρωματική ακτινοθεραπεία ολόκληρου του εγκεφάλου δεν παρέχει κανένα κλινικό όφελος στο ολιγομεταστατικό MBM. Μεταξύ των συστηματικών θεραπειών, η συνδυασμένη αναστολή της MAPK-κινάσης παρέχει, σε ασθενείς με μετάλλαξη BRAFV600 με ταχέως εξελισσόμενο ή / και συμπτωματικό MBM, μια εναλλακτική λύση στη συνδυασμένη ανοσοθεραπεία.

Λέξεις-κλειδιά: Κεντρικό νευρικό σύστημα, CTLA-4 blocking antibody, μελάνωμα, μετάσταση, PD-1 blocking antibody, στερεοτακτική ακτινοθεραπεία.

14. Imaging of pediatric cutaneous melanoma

Abstract

Melanoma accounts for 7% of all cancers in adolescents ages 15-19 years but is an unexpected malignancy in younger children. The prevalence of malignant melanoma is very rare in children ages 1-4 years, but certain non-modifiable risk factors such as xeroderma pigmentosum, congenital melanocytic nevus syndrome and other inherited traits increase the risk for its development in these young children. Recent genomic studies have identified characteristics of pediatric melanoma that differ from conventional melanoma seen in adults. In this review the authors inform on the types of melanoma seen in children and adolescents, discuss similarities and differences in melanoma between children and adults, and discuss the role of imaging in the care of these children.

Keywords: Adolescents, children, computed tomography, magnetic resonance imaging, malignancy, melanoma, risk factors, skin, ultrasonography.

Περίληψη

Το μελάνωμα αντιπροσωπεύει το 7% όλων των καρκίνων σε εφήβους ηλικίας 15-19 ετών, αλλά είναι μια απροσδόκητη κακοήθεια σε μικρότερα παιδιά. Ο επιπολασμός του κακοήθους μελανώματος είναι πολύ σπάνιος σε παιδιά ηλικίας 1-4 ετών, αλλά ορισμένοι μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου όπως το μελαγχρωματική ξηροδερμία, το συγγενές σύνδρομο μελανοκυτταρικού νεύρου και άλλα κληρονομικά χαρακτηριστικά αυξάνουν τον κίνδυνο για την ανάπτυξή του σε αυτά τα μικρά παιδιά. Πρόσφατες μελέτες γονιδιωματικών έχουν εντοπίσει χαρακτηριστικά παιδιατρικού μελανώματος που διαφέρουν από το συμβατικό μελάνωμα που παρατηρείται σε ενήλικες. Σε αυτήν την κριτική οι συγγραφείς ενημερώνουν για τους τύπους μελανώματος που παρατηρούνται σε παιδιά και εφήβους, συζητούν ομοιότητες και διαφορές στο μελάνωμα μεταξύ παιδιών και ενηλίκων και συζητούν το ρόλο της απεικόνισης στη φροντίδα αυτών των παιδιών.

Λέξεις –κλειδιά: έφηβοι, παιδιά, αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία, κακοήθεια, μελάνωμα, παράγοντες κινδύνου, υπερηχογράφημα.

15. Trending on Pinterest: an examination of pins about skin tanning

Abstract

Rates of melanoma and nonmelanoma skin cancers are on the rise in the USA with data revealing disproportionate increase in female young adults. The popularity of intentional skin tanning among U.S. adolescents is attributed to several factors, including prioritization of physical appearance, media images of tanned celebrities, ease of availability of artificial tanning facilities, and more recently, the prevalence and celebration of tanned skin on social media. Pinterest, as the third most popular social media platform, was searched for "pins" about skin tanning. The resultant "pins" were examined to understand the extent and characteristics of skin tanning portrayed on Pinterest. We analyzed pins on Pinterest about skin tanning (n = 501) through a quantitative content analysis. Overall, results indicated an overwhelmingly protanning characteristic of pins about skin tanning on Pinterest, with over 85% of pins promoting tanning behavior. The pins were generally characterized by the portrayal of a female subject (61%) and provided positive reinforcement for tanning (49%). Use of tanning for enhancing appearance was the main positive outcome expectancy portrayed in the pins (35%), and nudity or exposure of skin on arms (32%) and legs (31%) was evident in about a third of pins. With overwhelmingly positive pins promoting tanning, use of female subjects, exhibiting nudity, and appearance enhancement, there seems to be a consistent targeting of female users to accept tanning as a socially acceptable and popular behavior. The findings indicate a need for developing sun protection messages and the leveraging of social media for dissemination of skin cancer prevention and detection messages.

Keywords: Content analysis, melanoma, Pinterest, skin cancer, social media.

Περίληψη

Τα ποσοστά καρκίνου του μελανώματος και του μη μελανώματος αυξάνονται στις ΗΠΑ με στοιχεία που αποκαλύπτουν δυσανάλογη αύξηση στις νεαρές ενήλικες. Η δημοτικότητα της σκόπιμης μαυρίσματος δέρματος μεταξύ των εφήβων των ΗΠΑ αποδίδεται σε διάφορους παράγοντες, όπως προτεραιότητα της φυσικής εμφάνισης, εικόνες μέσω των

μαυρισμένων διασημοτήτων, ευκολία διαθεσιμότητας εγκαταστάσεων τεχνητού μαυρίσματος και πιο πρόσφατα, ο επιπολασμός και ο εορτασμός του μαυρισμένου δέρματος στα κοινωνικά μέσα. Το Pinterest, ως η τρίτη πιο δημοφιλής πλατφόρμα κοινωνικών μέσων, αναζητήθηκε για "καρφίτσες" σχετικά με το μαύρισμα δέρματος. Οι "καρφίτσες" που προέκυψαν εξετάστηκαν για να κατανοήσουν την έκταση και τα χαρακτηριστικά μαυρίσματος δέρματος που απεικονίζονται στο Pinterest. Αναλύσαμε τις καρφίτσες στο Pinterest σχετικά με το μαύρισμα δέρματος ($n = 501$) μέσω μιας ποσοτικής ανάλυσης περιεχομένου. Συνολικά, τα αποτελέσματα έδειξαν ένα χαρακτηριστικό των καρφιτσών για το μαύρισμα του δέρματος στο Pinterest, με πάνω από το 85% των καρφιτσών να προωθούν τη συμπεριφορά μαυρίσματος. Οι καρφίτσες χαρακτηρίζονταν γενικά από την απεικόνιση ενός θηλυκού ατόμου (61%) και παρείχαν θετική ενίσχυση για το μαύρισμα (49%). Η χρήση μαυρίσματος για ενίσχυση της εμφάνισης ήταν το κύριο προσδόκιμο θετικού αποτελέσματος που απεικονίστηκε στις καρφίτσες (35%) και η γυμνή ή έκθεση του δέρματος στα χέρια (32%) και στα πόδια (31%) ήταν εμφανής στο περίπου ένα τρίτο των καρφιτσών. Με εξαιρετικά θετικές καρφίτσες που προωθούν το μαύρισμα, τη χρήση γυναικείων θεμάτων, το γυμνό και τη βελτίωση της εμφάνισης, φαίνεται να υπάρχει συνεπής στόχευση των γυναικών χρηστών να αποδεχτούν το μαύρισμα ως κοινωνικά αποδεκτή και δημοφιλή συμπεριφορά. Τα ευρήματα δείχνουν την ανάγκη ανάπτυξης μηνυμάτων προστασίας από τον ήλιο και την αξιοποίηση των κοινωνικών μέσων για τη διάδοση μηνυμάτων πρόληψης και ανίχνευσης καρκίνου του δέρματος.

Λέξεις –κλειδιά : ανάλυση περιεχομένου, μελάνωμα, Pinterest, καρκίνος δέρματος, κοινωνικά δίκτυα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- -admin (no date) 'Κρυοχειρουργική', *Δερματολόγος / Αφροδισιολόγος | Εφαρμογές Laser*. Available at: <https://erallis.gr/ypiresies/kryocheiroyrgiki/> (Accessed: 4 February 2021).
- -'Ancient Skin and Haircare' (2020) *Project Archaeology*, 17 April. Available at: <https://projectarchaeology.org/2020/04/17/ancient-skin-and-haircare/> (Accessed: 11 February 2021).
- -Apalla, Z. *et al.* (2017) 'Epidemiological trends in skin cancer', *Dermatology Practical & Conceptual*, 7(2), pp. 1–6. doi: 10.5826/dpc.0702a01.
- -Arem, H. and Loftfield, E. (2017) 'Cancer Epidemiology: A Survey of Modifiable Risk Factors for Prevention and Survivorship', *American Journal of Lifestyle Medicine*, 12(3), pp. 200–210. doi: 10.1177/1559827617700600.
- -Asian Pacific Journal of Cancer Prevention (no date). Available at: <http://journal.waocp.org/?sid=Entrez:PubMed&id=pmid:24460350&key=2013.14.12.7663> (Accessed: 4 February 2021).
- -Baatarkhuu, O. *et al.* (2018) 'Epidemiology, Genotype Distribution, Prognosis, Control, and Management of Viral Hepatitis B, C, D, and Hepatocellular Carcinoma in Mongolia', *Euroasian Journal of Hepato-Gastroenterology*, 8(1), pp. 57–62. doi: 10.5005/jp-journals-10018-1260.
- -Balch, C. M. *et al.* (2011) 'Update on the melanoma staging system: The importance of sentinel node staging and primary tumor mitotic rate', *Journal of Surgical Oncology*, 104(4), pp. 379–385. doi: <https://doi.org/10.1002/jso.21876>.
- -Beasley, G. M. *et al.* (2008) 'Isolated limb infusion for in-transit malignant melanoma of the extremity: a well-tolerated but less effective alternative to hyperthermic isolated limb perfusion', *Annals of Surgical Oncology*, 15(8), pp. 2195–2205. doi: 10.1245/s10434-008-9988-9.
- -bioximikos.gr (no date) *Η ανατομία του δέρματος*, *bioximikos.gr*. Available at: <https://bioximikos.gr/topics/physiology-anatomy/100-anatomia-dermatos> (Accessed: 4 February 2021).
- -Bobonich, M. and Cooper, K. D. (2012) 'A Core Curriculum for Dermatology Nurse Practitioners: Using Delphi Technique', *Journal of the Dermatology Nurses' Association*, 4(2), pp. 108–120. doi: 10.1097/JDN.0b013e31824ab94c.
- -Boland, G. M. and Gershenwald, J. E. (2012) 'Sentinel Lymph Node Biopsy in Melanoma', *The Cancer Journal*, 18(2), pp. 185–191. doi: 10.1097/PPO.0b013e31825046c7.
- -Bradford, P. T. (2009a) 'Skin Cancer in Skin of Color', *Dermatology nursing / Dermatology Nurses' Association*, 21(4), pp. 170–178.
- -Bradford, P. T. (2009b) 'Skin cancer in skin of color', *Dermatology Nursing*, 21(4), pp. 170–177, 206; quiz 178.

- -Breslow Depth and Clark Level (no date) *Melanoma Research Alliance*. Available at: <https://www.curemelanoma.org/about-melanoma/melanoma-staging/breslow-depth-and-clark-level/> (Accessed: 4 February 2021).
- -Carper, E. and Haas, M. (2006) ‘Advanced Practice Nursing in Radiation Oncology’, *Seminars in Oncology Nursing*, 22(4), pp. 203–211. doi: 10.1016/j.soncn.2006.07.003.
- -‘cb22737d30ae670aaa479b72a08ef96e.pdf’ (no date). Available at: <http://www.inhealthcare.gr/assets/uploads/manuscripts/cb22737d30ae670aaa479b72a08ef96e.pdf> (Accessed: 4 February 2021).
- -*Clinicopathological Features, Staging, and Current Approaches to Treatment in High-Risk Resectable Melanoma | JNCI: Journal of the National Cancer Institute | Oxford Academic* (no date). Available at: <https://academic.oup.com/jnci/article/112/9/875/5736552> (Accessed: 4 February 2021).
- -Cott, A. V. and Kimball, A. B. (2009) ‘Workforce characteristics of dermatology nurse practitioners’, *Journal of the American Academy of Dermatology*, 61(5), pp. 904–905. doi: 10.1016/j.jaad.2009.02.026.
- -*Dermoscopic features in different dermatopathological stages of cutaneous melanomas* (no date). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7675076/> (Accessed: 4 February 2021).
- -Dickson, P. V. et al. (2018) ‘Evaluation, Staging, and Surgical Management for Adrenocortical Carcinoma: An Update from the SSO Endocrine and Head and Neck Disease Site Working Group’, *Annals of Surgical Oncology*, 25(12), pp. 3460–3468. doi: 10.1245/s10434-018-6749-2.
- -Didona, D. et al. (2018) ‘Non Melanoma Skin Cancer Pathogenesis Overview’, *Biomedicines*, 6(1). doi: 10.3390/biomedicines6010006.
- -‘ESMO-ACF-Greek-Melanoma-Guide-for-Patients.pdf’ (no date). Available at: <https://www.hesmo.gr/images/ESMO/ESMO-ACF-Greek-Melanoma-Guide-for-Patients.pdf> (Accessed: 4 February 2021).
- -Furfaro, T. et al. (2008) ‘Nurse practitioners’ knowledge and practice regarding malignant melanoma assessment and counseling’, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(7), pp. 367–375. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00334.x>.
- -Godsell, G. A. (2005) ‘The development of the nurse biopsy role’, *British Journal of Nursing*, 14(13), pp. 690–692. doi: 10.12968/bjon.2005.14.13.18443.
- -Göl, İ. and Erkin, Ö. (2018) ‘Knowledge and practices of primary care providers on skin cancer and skin self-examination’, *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 52, p. e03359. doi: 10.1590/S1980-220X2017039703359.
- -Hajdu, S. I. (2011) ‘A note from history: Landmarks in history of cancer, part 1’, *Cancer*, 117(5), pp. 1097–1102. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.25553>.
- -Hanahan, D. and Weinberg, R. A. (2011) ‘Hallmarks of Cancer: The Next Generation’, *Cell*, 144(5), pp. 646–674. doi: 10.1016/j.cell.2011.02.013.

- -Harrison's *Principles of Internal Medicine, 20e* | *AccessMedicine* | *McGraw-Hill Medical* (no date). Available at: <https://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookID=2129#191736547> (Accessed: 4 February 2021).
- -Hartmann, A. (2016) 'Back to the roots – dermatology in ancient Egyptian medicine', *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 14(4), pp. 389–396. doi: <https://doi.org/10.1111/ddg.12947>.
- -Home (no date) *The Skin Cancer Foundation*. Available at: <https://www.skincancer.org/> (Accessed: 4 February 2021).
- -Kamal, A. H. *et al.* (2012) 'Dyspnea review for the palliative care professional: treatment goals and therapeutic options', *Journal of Palliative Medicine*, 15(1), pp. 106–114. doi: 10.1089/jpm.2011.0110.
- -Katris, P., Donovan, R. J. and Gray, B. N. (1998a) 'Nurses screening for skin cancer: An observation study', *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22(3), pp. 381–383. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.1998.tb01395.x>.
- -Katris, P., Donovan, R. J. and Gray, B. N. (1998b) 'Nurses screening for skin cancer: An observation study', *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22(3), pp. 381–383. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.1998.tb01395.x>.
- -Konefal, J. B., Emami, B. and Pilepich, M. V. (1988) 'Analysis of dose fractionation in the palliation of metastases from malignant melanoma', *Cancer*, 61(2), pp. 243–246. doi: 10.1002/1097-0142(19880115)61:2<243::aid-cnrcr2820610207>3.0.co;2-k.
- -*Laser therapy for melanoma - Macmillan Cancer Support* (no date). Available at: <https://www.macmillan.org.uk/cancer-information-and-support/treatments-and-drugs/laser-therapy-for-melanoma> (Accessed: 4 February 2021).
- -LeMone, Burke & Bauldoff, *Medical-Surgical Nursing: Critical Thinking in Patient Care* | *Pearson* (no date). Available at: <https://www.pearson.com/us/higher-education/product/Le-Mone-Medical-Surgical-Nursing-Critical-Thinking-in-Patient-Care-5th-Edition/9780135075944.html> (Accessed: 4 February 2021).
- -Li, X. *et al.* (2017) 'Topographical diversity of common skin microflora and its association with skin environment type: An observational study in Chinese women', *Scientific Reports*, 7. doi: 10.1038/s41598-017-18181-5.
- -Linos, E., Katz, K. A. and Colditz, G. A. (2016) 'Skin Cancer—The Importance of Prevention', *JAMA internal medicine*, 176(10), pp. 1435–1436. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.5008.
- -Loescher, L. J., Harris, J. M. and Curiel-Lewandrowski, C. (2011) 'A systematic review of advanced practice nurses' skin cancer assessment barriers, skin lesion recognition skills, and skin cancer training activities', *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(12), pp. 667–673. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2011.00659.x>.

- -Lui, P. *et al.* (2007) ‘Treatments for metastatic melanoma: synthesis of evidence from randomized trials’, *Cancer Treatment Reviews*, 33(8), pp. 665–680. doi: 10.1016/j.ctrv.2007.06.004.
- -Madan, V., Lear, J. T. and Szeimies, R.-M. (2010) ‘Non-melanoma skin cancer’, *The Lancet*, 375(9715), pp. 673–685. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61196-X.
- -Maguire-Eisen, M. and Frost, C. (1994) ‘Knowledge of malignant melanoma and how it relates to clinical practice among nurse practitioners and dermatology and oncology nurses’, *Cancer Nursing*, 17(6), pp. 457–463.
- -Matthews, N. H. *et al.* (2019) ‘Exposure to trace elements and risk of skin cancer: A systematic review of epidemiologic studies.’, *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 28(1), pp. 3–21. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-18-0286.
- -Mattiuzzi, C. and Lippi, G. (2019) ‘Current Cancer Epidemiology’, *Journal of Epidemiology and Global Health*, 9(4), pp. 217–222. doi: 10.2991/jegh.k.191008.001.
- -Mohandas (no date) *Cancer-related fatigue treatment: An overview*. Available at: <https://www.cancerjournal.net/article.asp?issn=0973-1482;year=2017;volume=13;issue=6;spage=916;epage=929;aulast=Mohandas#top> (Accessed: 4 February 2021).
- -Mullen, L. and Jones, C. (2014) ‘A service evaluation of a new nurse consultant-led basal cell carcinoma clinic’, *Dermatological Nursing*, 13(3), pp. 39–44.
- -*Nutritional Assessment Tools for the Identification of Malnutrition and Nutritional Risk Associated with Cancer Treatment | Revista de Investigación Clínica* (no date). doi: 10.24875/RIC.18002524.
- -Olivier, K. R. *et al.* (2007) ‘A higher radiotherapy dose is associated with more durable palliation and longer survival in patients with metastatic melanoma’, *Cancer*, 110(8), pp. 1791–1795. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.22988>.
- -O’Neil, P. (2000) ‘Dermatology-trained practice nurses.’, *The British Journal of General Practice*, 50(459), p. 831.
- -*Postoperative Radiotherapy in the Treatment of Single Metastases to the Brain: A Randomized Trial | Neuro-oncology | JAMA | JAMA Network* (no date). Available at: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/188127> (Accessed: 4 February 2021).
- -Rabbie, R. *et al.* (2019) ‘Melanoma subtypes: genomic profiles, prognostic molecular markers and therapeutic possibilities’, *The Journal of Pathology*, 247(5), pp. 539–551. doi: 10.1002/path.5213.
- -Ruiter, D. J. *et al.* (2002) ‘Pathologic staging of melanoma’, *Seminars in Oncology*, 29(4), pp. 370–381. doi: 10.1053/sonc.2002.34116.

- -Sánchez, G. *et al.* (2016) ‘Sun protection for preventing basal cell and squamous cell skin cancers’, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). doi: 10.1002/14651858.CD011161.pub2.
- -Serrone, L. *et al.* (2000) ‘Dacarbazine-based chemotherapy for metastatic melanoma: thirty-year experience overview’, *Journal of experimental & clinical cancer research: CR*, 19(1), pp. 21–34.
- -Shepard, N. and Kelvin, J. F. (1999) ‘The nursing role in radiation oncology’, *Seminars in Oncology Nursing*, 15(4), pp. 237–249. doi: 10.1016/s0749-2081(99)80053-9.
- -Siegel, R. *et al.* (2011) ‘Cancer statistics, 2011’, *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61(4), pp. 212–236. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.20121>.
- -Soleymani, T., Abrouk, M. and Kelly, K. M. (2017) ‘An Analysis of Laser Therapy for the Treatment of Nonmelanoma Skin Cancer’, *Dermatologic surgery: official publication for American Society for Dermatologic Surgery [et al.]*, 43(5), pp. 615–624. doi: 10.1097/DSS.0000000000001048.
- -Steinberg, H. (2020) ‘Oncology Nurse Coordinators in Clinical Trials – Shaking up the Melanoma Team’, *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 7(3), pp. 250–254. doi: 10.4103/apjon.apjon_19_20.
- -*Sun protection for preventing basal cell and squamous cell skin cancers - Sánchez, G - 2016 | Cochrane Library* (no date). Available at: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011161.pub2/full> (Accessed: 4 February 2021).
- -*The development of the nurse biopsy role | British Journal of Nursing* (no date). Available at: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2005.14.13.18443> (Accessed: 4 February 2021).
- -Thompson, J. F. and Kam, P. C. A. (2008) ‘Current status of isolated limb infusion with mild hyperthermia for melanoma’, *International Journal of Hyperthermia: The Official Journal of European Society for Hyperthermic Oncology, North American Hyperthermia Group*, 24(3), pp. --219–225. doi: 10.1080/02656730701827565.
- -‘VA_REV_2_06_04_07.pdf’ (no date). Available at: http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2007/-VOLUME%2004_07/VA_REV_2_06_04_07.pdf (Accessed: 4 February 2021).
- -‘VA_REV_4_10_04_11.pdf’ (no date). Available at: http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2011/VOLUME%2004_11/VA_REV_4_10_04_11.pdf (Accessed: 4 February 2021).
- -Vrieling, Otis M *et al.* (2019) ‘Application of CO2 laser evaporation in locally advanced melanoma’, *Melanoma Management*, 6(1), p. MMT14. doi: 10.2217/mmt-2018-0008.
- -Vrieling, Otis M. *et al.* (2019) ‘Evaluation of the videoscopic inguinal lymphadenectomy in melanoma patients’, *European Journal of Surgical Oncology: The Journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*, 45(9), pp. 1712–1716. doi: 10.1016/j.ejso.2019.04.018.

- -Watson, M., Holman, D. M. and Maguire-Eisen, M. (2016a) 'Ultraviolet Radiation Exposure and Its Impact on Skin Cancer Risk', *Seminars in oncology nursing*, 32(3), pp. 241–254. doi: 10.1016/j.soncn.2016.05.005.
- -Watson, M., Holman, D. M. and Maguire-Eisen, M. (2016b) 'Ultraviolet Radiation Exposure and Its Impact on Skin Cancer Risk', *Seminars in oncology nursing*, 32(3), pp. 241–254. doi: 10.1016/j.soncn.2016.05.005.
- -Αποτελέσματα αναζήτησης για “μελάνωμα” (no date) *Peptiko.gr*. Available at: <https://peptiko.gr/search/%CE%BC%CE%B5%CE%BB%CE%B1%CE%BD%CF%89%CE%BC%CE%B1/> (Accessed: 4 February 2021).
- -‘ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ’ (no date) *The Skin Cancer Foundation*. Available at: <https://www.skincancer.org/international/gr-basal-cell-carcinoma/> (Accessed: 4 February 2021).
- -‘Δείτε-Απόσπασμα-του-Βιβλίου-6.pdf’ (no date). Available at: <https://www.vasiliadis-books.gr/Vasiliadis-books/wp-content/uploads/2015/> (Accessed: 4 February 2021).
- -Δερματοσκόπηση: μια πολύτιμη διαγνωστική τεχνική | Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ (2017) *hygeia.gr*. Available at: <https://www.hygeia.gr/dermatoskopisi-mia-polytimi-diagnostiki-techniki/> (Accessed: 4 February 2021).
- -Δομή - ανατομία δέρματος (no date). Available at: https://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=772 (Accessed: 4 February 2021).
- -Η διάγνωση του μελανώματος - Καραγιάννης Αθανάσιος, Ογκολόγος (no date). Available at: <http://www.karagiannisathanasios.gr/tupoi-karkinou/karkinos-dermatos/e-diagnose-tou-melanomatos/> (Accessed: 4 February 2021).
- -‘Καρκίνος Δέρματος’ (no date) *Έβελιν Μπέτση Πλαστικός Χειρουργός*. Available at: <https://betsi.gr/> (Accessed: 4 February 2021).
- -Καρκίνος Δέρματος: Αίτια, Συμπτώματα & Θεραπεία (no date) Γ. Αραβανής. Available at: <https://www.aravanisplasticsurgery.gr/karkinos-dermatos-therapeia> (Accessed: 4 February 2021).
- -καρκίνος δέρματος και μελάνωμα (no date) *bakogiannis*. Available at: <https://www.absurgery.gr/arthra/articles/karkinos-dermatos-melanoma> (Accessed: 4 February 2021).
- -‘Καρκίνος του Δέρματος - Σύγχρονες μέθοδοι θεραπείας’ (no date) *Dr Manolis Sevastiadis*. Available at: <https://www.drsevastiadis.gr/epemvaseis/ogkologiki-xeirourgiki-gia-kakoi-theis-ogkous/> (Accessed: 4 February 2021).
- -‘Λίγα λόγια για το δέρμα μας...’ (2017) *Ιωάννης Δ. Παρασκευόπουλος*, 8 April. Available at: <https://atopy.gr/liga-logia-gia-to-derma-mas/> (Accessed: 4 February 2021).
- -‘Μελάνωμα’ (no date) *ΕΛΛ.Ο.Κ.* Available at: <https://ellok.org/skin-cancer-melanoma/> (Accessed: 4 February 2021).
- -Μελάνωμα | Τύποι Καρκίνου (no date). Available at: <http://www.agsavvas-hosp.gr/> (Accessed: 4 February 2021).

- -‘Μ.Π.Σ.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕΘ.pdf’ (no date). Available at: <https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/MED1079/> (Accessed: 4 February 2021).
- -*ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ (1Η ΕΚΔ.)* (no date) *Παρισιάνου Α.Ε.* Available at: <https://www.parisianou.gr/el/products/9789603945499> (Accessed: 4 February 2021).
- -*Σταδιοποίηση - Καραγιάννης Αθανάσιος, Ογκολόγος* (no date). Available at: <http://www.karagiannisathanasios.gr/tupoi-karkinou/karkinos-dermatos/stadiopoiese/> (Accessed: 4 February 2021).
- -‘Τι πρέπει να γνωρίζεις για τον καρκίνο του δέρματος.pdf’ (no date). Available at: <https://www.sillogskarkinopathon.gr/pdf/partII/> (Accessed: 4 February 2021).
- -*Υπήρχε καρκίνος στην αρχαιότητα;* (no date) *LiFO*. Available at: https://www.lifo.gr/articles/archaeology_articles/226617/ypirxe-karkinos-stin-arxaiotita (Accessed: 4 February 2021).
- -‘Φραγμοί στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου | e-journal.gr’ (no date). Available at: <https://e-journal.gr/> (Accessed: 4 February 2021).
- -Χαράλαμπος, Κ. (2019) ‘Laser CO2. Λειτουργία και εφαρμογές’, *Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος Χαράλαμπος Καζάκος*, 24 January. Available at: <https://www.kazakos-derma.gr/laser-co2/> (Accessed: 4 February 2021).
- -*Χαρτογράφηση σπίλων (ελιών)- Ποιές πρέπει να αφαιρέσω | Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ* (2019) *hygeia.gr*. Available at: <https://www.hygeia.gr/chartografisi-spilon-elion-poi-es-prepei-na-afaireso/> (Accessed: 4 February 2021).