



ΣΧΟΛΗ: Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Καρκίνος του Δέρματος και Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις»



Σπουδαστής: Άδωνης Τσαπής

Υπεύθυνη εκπαιδευτικός: Δρ Εύη Παπαγιαννοπούλου

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2016

Περιεχόμενα

	Περίληψη.....	3
	Εισαγωγή.....	5
	Ιστορική αναδρομή.....	5
	Επιδημιολογία.....	6
Α΄ ΜΕΡΟΣ.....		9
1.	Ανατομία.....	9
2.	Φυσιολογία.....	12
3.	Παθολογία.....	14
3.1.	Αίτια.....	14
3.2.	Κλινική εικόνα.....	16
3.3.	Διάγνωση – Διαφορική διάγνωση.....	19
3.4.	Σταδιοποίηση.....	20
4.	Πρόγνωση.....	24
5.	Πρόληψη.....	25
6.	Θεραπεία.....	27
6.1.	Συντηρητική θεραπεία.....	27
6.2.	Χειρουργική θεραπεία.....	28
Β΄ ΜΕΡΟΣ.....		30
1.	Εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς.....	30
2.	Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση.....	33
3.	Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία.....	35
4.	Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.....	38
Γ΄ ΜΕΡΟΣ.....		41
1.	Πρόσφατες έρευνες και νέα δεδομένα.....	41
	Βιβλιογραφία.....	47

1. Περίληψη

Ο καρκίνος του δέρματος εμφανίζεται στις χώρες με αυξημένη ηλιακή ακτινοβολία και η ανάπτυξή του φαίνεται να συνδέεται με την έκθεσή μας στον ήλιο και με ηλιακά εγκαύματα που έχουν προηγηθεί και κάνει την εμφάνισή του συνήθως στην περιοχή του δέρματος που εκτίθεται στην ηλιακή ακτινοβολία. Υπάρχουν τρεις τύποι καρκίνου του δέρματος: το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα και το μελάνωμα, που αποτελεί και τον σοβαρότερο τύπο καρκίνου του δέρματος. Ένας στους τρεις καρκίνους που διαγιγνώσκεται είναι καρκίνος του δέρματος. Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του δέρματος - μελανώματος και μη-μελανώματος - έχει αυξηθεί κατά τις τελευταίες δεκαετίες.

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

Λέξεις - κλειδιά: καρκίνος του δέρματος, μελάνωμα, δερματολογικός έλεγχος, νοσηλευτικές παρεμβάσεις, διάγνωση, θεραπεία

Abstract

Skin cancer is mostly evident in countries with high ultraviolet radiation and its development seems to be associated with sun exposure and sunburns, and usually appears in the area of the skin which is exposed to sunlight. There are three types of skin cancer: basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma and melanoma, which is the most serious type of skin cancer. One in three cancers diagnosed is skin cancer. The incidence of skin cancer - melanoma and non-melanoma - has increased in recent decades.

This paper is a review of the existing literature on the area of skin cancer. It consists of three parts. Part A refers to the anatomy and physiology of the skin, as well as to the pathology of skin cancer including the causes, the clinical picture, the diagnosis and the staging of skin cancer. A discussion is made on the prediction, prevention and treatment of skin cancer. In Part B a discussion is made on the evaluation of patient's condition, the nurse's role in the diagnosis, treatment, as well as the patient's psychosocial rehabilitation. Lastly, Part C refers to recent research and new data associated with skin cancer.

Keywords: skin cancer, melanoma, dermatological test, nursing interventions, diagnosis, treatment

2. Εισαγωγή

Ο καρκίνος του δέρματος, ένας από τους πιο συχνούς τύπους καρκίνου παγκοσμίως, εμφανίζεται στις χώρες με αυξημένη ηλιακή ακτινοβολία. Οι κύριοι παράγοντες που προδιαθέτουν την ανάπτυξή του φαίνεται να συνδέονται με την έκθεσή μας στον ήλιο και με ηλιακά εγκαύματα που έχουν προηγηθεί. Γι' αυτό κάνει την εμφάνισή του συνήθως στην περιοχή του δέρματος που εκτίθεται στην ηλιακή ακτινοβολία, αν και μπορεί να εμφανιστεί και σε σημεία του σώματος που δεν είναι εκτεθειμένα. Υπάρχουν τρεις τύποι καρκίνου του δέρματος: το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα και το μελάνωμα, που αποτελεί και τον σοβαρότερο τύπο καρκίνου του δέρματος. Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα και το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα είναι συνηθέστερες μορφές σε σύγκριση με το μελάνωμα και σπανίως είναι θανατηφόρες. Το μελάνωμα αποτελεί σήμερα το 3% του συνόλου των καρκίνων και η αυξανόμενη συχνότητά του παγκοσμίως το καθιστούν ένα από τα ταχύτερα εξαπλούμενα κακοήθη νοσήματα στο άνθρωπο. Μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για την υγεία μας εάν δεν εντοπιστεί και δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα.

2.1. Ιστορική Αναδρομή

Ο καρκίνος του δέρματος είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου που αντιμετωπίζει ο Δυτικός Κόσμος. Ένας στους τρεις καρκίνους που διαγιγνώσκεται είναι καρκίνος του δέρματος. Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του δέρματος - μελανώματος και μη-μελανώματος - έχει αυξηθεί κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Για παράδειγμα, η πιθανότητα ανάπτυξης μελανώματος στις ΗΠΑ στη διάρκεια της ζωής στη Β. Αμερική είναι στο επίπεδο του 1:100, ενώ το 1935 ήταν μόλις 1:1500 (Yarosh *et al.*, 2001). Οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής έχουν βιώσει μια δραματική αύξηση του αριθμού των περιπτώσεων μελανώματος κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, όπου η συχνότητα εμφάνισής του έχει δεκαπενταπλασιαστεί. Αυτή η αύξηση αποτελεί την πιο ραγδαία από οποιαδήποτε άλλης μορφής καρκίνου (Weinstock, 2001). Το Ηνωμένο Βασίλειο, έχει βιώσει μια παρόμοια αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης του μελανώματος (Cancer Research UK, 2016) τις τελευταίες δεκαετίες. Στην Ευρώπη, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, τα ποσοστά εμφάνισης ήταν ψηλότερα στη βόρεια και δυτική Ευρώπη, ενώ η θνησιμότητα ήταν ψηλότερη στους άνδρες στην ανατολική και νότια

Ευρώπη. Τα ποσοστά θνησιμότητας αυξάνονταν σταθερά, και στη Βόρεια Ευρώπη άρχισαν να επιβραδύνονται από τις αρχές της δεκαετίας του 1980.

Η συχνότητα εμφάνισης του μελανώματος έχει διπλασιαστεί από το 1973 παγκοσμίως. Κάθε χρόνο, εμφανίζονται περίπου 2 και 3 εκατομμύρια καρκίνοι μη-μελανώματος, και 132.000 καρκίνοι μελανώματος, σε παγκόσμιο επίπεδο. Καθώς τα επίπεδα του όζοντος μειώνονται, η προστατευτική λειτουργία του φίλτρου της ατμόσφαιρας μειώνεται διαρκώς και περισσότερη ηλιακή υπεριώδης ακτινοβολία φτάνει στην επιφάνεια της Γης. Εκτιμάται ότι η μείωση ποσοστού 10% των επιπέδων του όζοντος θα οδηγήσει σε επιπλέον 300.000 καρκίνους μη-μελανώματος και 4500 περιπτώσεων καρκίνου μελανώματος.

Τα ποσοστά θνησιμότητας έχουν σταθεροποιηθεί στη Δυτική Ευρώπη, ενώ στην ανατολική και νότια Ευρώπη, τόσο η εμφάνιση όσο και η θνησιμότητα εξακολουθούν να αυξάνονται (*De Vries et al*, 2003). Τα ποσοστά θνησιμότητας από μελάνωμα ήταν τα ψηλότερα στις Σκανδιναβικές χώρες στα μέσα της δεκαετίας του 1990 (1993-1997). Η συχνότητα εμφάνισης αυξάνεται με ταχείς ρυθμούς τις τελευταίες δεκαετίες στην Καυκάσια φυλή (*Boyle et al*, προς δημοσίευση), αν και υπάρχει μια ένδειξη ότι στις περιοχές με υψηλότερη εμφάνιση του καρκίνου του δέρματος, το ποσοστό θνησιμότητας αρχίζει να σταθεροποιείται ή ακόμα και να μειώνεται (*Giles et al.*, 1996). Τα χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας εμφανίζονται στους νότιους ευρωπαϊκούς πληθυσμούς, όπως η Ελλάδα, η Ισπανία και η Πορτογαλία (*Boyle και Smans*, 2003). Το ποσοστό θνησιμότητας για το μελάνωμα (αριθμός των θανάτων ανά 100.000 ανθρώπους κάθε χρόνο) αυξήθηκε με πολύ βραδύτερο ρυθμό, όμως, και έχει παραμείνει σταθερό κατά τα τελευταία 10 χρόνια (*Aim at Melanoma Foundation*, 2016).

2.2. Επιδημιολογία

Ο καρκίνος του δέρματος, ένας από τους πιο συχνούς τύπους καρκίνου παγκοσμίως, εμφανίζεται στις χώρες όπου οι άνθρωποι εκτίθενται στις υπεριώδεις ακτινοβολίες του ήλιου και ιδίως σε όσες προκαλούν εγκαύματα. Κάνει την εμφάνισή του συνήθως στην περιοχή του δέρματος που εκτίθεται στην ηλιακή ακτινοβολία, αν και μπορεί να εμφανιστεί και σε σημεία του σώματος που δεν είναι εκτεθειμένα. Σύμφωνα με επιδημιολογικά δεδομένα, ο καρκίνος του δέρματος παρατηρείται κυρίως στους λευκούς που ζουν σε

τροπικά ή υποτροπικά κλίματα. Σε χαμηλότερο ποσοστό παρατηρείται στους πολύ μελαχρινούς και στους Ασιάτες. Το μελάνωμα, ο κακοήθης τύπος καρκίνου του δέρματος, παρουσιάζεται συχνότερα στις ηλικίες ανάμεσα στα 20 και στα 60 έτη και εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα και στα δύο φύλα. Σπάνια εμφανίζεται πριν από την εφηβεία. Δυστυχώς, ο αριθμός των νέων με πρωτοπαθή μελανώματα αυξήθηκε τα τελευταία χρόνια (Συμεωνίδης, 2013).

Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα και το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα που είναι συνηθέστερες μορφές σε σύγκριση με το μελάνωμα και σπανίως είναι θανατηφόρες. Το μελάνωμα αποτελεί σήμερα το 3% του συνόλου των καρκίνων και η αυξανόμενη συχνότητά του παγκοσμίως το καθιστούν ένα από τα ταχύτερα εξαπλούμενα κακοήθη νοσήματα στο άνθρωπο. Παρά την μεγάλη αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου του δέρματος σε αρκετούς πληθυσμούς, είναι ενθαρρυντικό το γεγονός ότι η θνησιμότητα παρουσιάζει πολύ μικρότερη αύξηση. Για παράδειγμα, η θνησιμότητα σε νέους και μεσήλικες στην Ευρώπη, τη Βόρειο Αμερική και την Αυστραλία, ενώ παρουσίαζε μια σταθερή αύξηση από το 1980 (Jemal *et al*, 2000) τα τελευταία χρόνια δείχνει τάσεις σταθεροποίησης πρώτα στις ΗΠΑ, Αυστραλία και Ν. Ζηλανδία και μετά στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Levi *et al*, 2005). Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες παρατηρείται μείωση της θνησιμότητας από MM.

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι διαγνώσεις για βασικοκυτταρικό και ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα κυμαίνονται μεταξύ 2 και 3 εκατομμύρια και οι διαγνώσεις για μελάνωμα είναι περίπου 130.000 κάθε χρόνο σε όλο τον κόσμο. Ο κίνδυνος μετάστασης είναι υψηλότερος στους ασθενείς με ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα με ποσοστά που κυμαίνονται από 0,1% έως 9,9% έναντι των ασθενών με βασικοκυτταρικό καρκίνωμα με ποσοστά που κυμαίνονται από 0,0028% έως 0,55% (Weinberg *et al*, 2007; Alam M. *et al*, 2001). Σύμφωνα με έρευνες των Ferlay *et al* (2012) της GLOBOCAN, 232 000 νέες περιπτώσεις μελανώματος έχουν εμφανιστεί και στα δύο φύλα σε ποσοστό 1.6% του συνόλου των καρκίνων, 161 000 νέες περιπτώσεις μελανώματος στους άντρες (1.6% του συνόλου των καρκίνων) και 111 000 νέες περιπτώσεις μελανώματος στις γυναίκες (1.7% του συνόλου των καρκίνων). Το μελάνωμα είναι ο έκτος συχνότερος τύπος καρκίνου στους άνδρες και ο έβδομος

συχνότερος στις γυναίκες. Τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης μελανώματος παρουσιάστηκαν στην Αυστραλία (Ευρωπαίοι μετανάστες) και τη Νέα Ζηλανδία (μη συμπεριλαμβανομένου του πληθυσμού των Μαορί), όπου η ετήσια συχνότητα εμφάνισης είναι διπλάσια του υψηλότερου ποσοστού που καταγράφηκε στην Ευρώπη (Parkin *et al*, 2003). Στον Ευρωπαϊκό χώρο, στοιχεία φέρουν τη Δανία κατά το 2010, στο υψηλότερο επίπεδο συχνότητας εμφάνισης μελανώματος με 21.5/100000 ετήσια κρούσματα για τους άνδρες και 26.1/100000 για τις γυναίκες, με βάση την κλίμακα European Standardized Rates. Η Πορτογαλία, χώρα της νότιας Ευρώπης, παρουσιάζει το μικρότερο ποσοστό εμφάνισης κρουσμάτων με συχνότητα 4.6 ανά 100000 για τους άνδρες και 6.2 για τις γυναίκες. Σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες και σ' όλες τις καταγραφές και αξιολογήσεις στην Ευρώπη, αποδεικνύεται ότι οι γυναίκες κινδυνεύουν περισσότερο από τους άνδρες από καρκίνο του δέρματος (euMedline, 2016). Σύμφωνα με τα δεδομένα τα οποία προέρχονται από το World Health Rankings (2016) στην Ελλάδα, η συχνότητα της νόσου αυξάνεται και υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο 1.72 άτομα ανά 100.000 κατοίκους και στην Κύπρο 1.65 άτομα ανά 100 000 κατοίκους εμφανίζουν μελάνωμα.

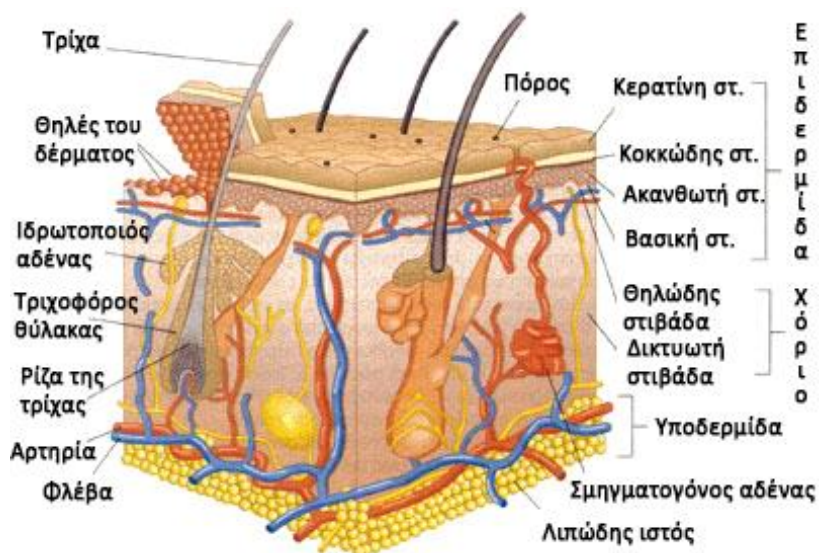
Επιδημιολογικά δεδομένα παρουσιάστηκαν στο European Association of Dermato Oncology Congress, από ειδικούς επιστήμονες των Ευρωπαϊκών χωρών, παρουσιάζουν την αυξητική τροχιά του καρκίνου του δέρματος και του μελανώματος. Προβλέψεις των ειδικών, κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου για αυτή την αιφνίδια μορφή καρκίνου, λόγω της βλαπτικής επιρροής του ήλιου σε όλο τον κόσμο. Σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, τα κρούσματα θα συνεχίσουν να αυξάνονται με μέγιστη αύξηση στις βορειότερες χώρες της Ευρώπης και μικρότερη αύξηση στις νοτιότερες, χωρίς όμως αυτό να απαλλάσσει τις πιο εύκρατες και μεσογειακές χώρες από την ανάγκη της επαγρύπνησης και της προστασίας των πληθυσμών (euMedline, 2016).

Α' ΜΕΡΟΣ

1. Ανατομία

Το δέρμα είναι ένα ζωνικό όργανο που καλύπτει ολόκληρο το ανθρώπινο σώμα. Είναι το μεγαλύτερο όργανο του σώματος και αποτελεί το 1/3 του συνολικού σωματικού βάρους σε φυσιολογικά άτομα (Po-Lin, 2008). Το δέρμα χωρίζεται σε τρεις στιβάδες: την επιδερμίδα η οποία είναι το εξωτερικό στρώμα, το χόριο που είναι το μεσαίο στρώμα και τον υποδόριο ιστό που αποτελεί το εσωτερικό στρώμα του δέρματος. Τα εξαρτήματα του δέρματος είναι οι σμηγματογόνοι και ιδρωτοποιοί αδένες, οι τρίχες και τα νύχια (William, 2003). Ο δερματικός ιστός αποτελείται από τα κερατινοκύτταρα, τους ινοβλάστες, τα λιπώδη κύτταρα, τα μελανοκύτταρα και τα ερυθροκύτταρα. Τα απαντούμε σε διαφορετικές στιβάδες και έχουν διαφορετικές δομές και λειτουργίες (Igarashi *et al*, 2007).

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



Η επιδερμίδα

Η επιδερμίδα είναι πάχους περίπου 0.1mm το οποίο αλλάζει ανάλογα με τη θέση της στο σώμα. Δεν περιέχει αιμοφόρα αγγεία και φλέβες (Po-Lin, 2008). Σύμφωνα με το Σχ.1 υποδιαιρείται σε τέσσερις στιβάδες: την κερατίνη στιβάδα, την κοκκώδη, την

ακανθωτή και τη βασική στιβάδα. Η βασική στιβάδα είναι η βαθύτερη από τις στιβάδες της επιδερμίδας και σε αυτήν παράγονται τα κερατινοκύτταρα και τα μελανοκύτταρα. Ιδιαίτερης σημασίας είναι τα μελανοκύτταρα τα οποία βρίσκονται μεταξύ και κάτω από τα κύτταρα της βασικής στιβάδας γιατί αυτά είναι τα κύτταρα που παράγουν την χρωστική μελανίνη, η οποία είναι η υπεύθυνη ουσία για το χρώμα του δέρματος. Διαθέτουν επίσης μια λειτουργία θεμελιώδη για την προστασία έναντι UV ακτινοβολία από το εξωτερικό περιβάλλον, ιδίως από τον ήλιο. Εκτός από τα κερατινοκύτταρα και τα μελανοκύτταρα, 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 (Igarashi *et al*, 2007).

Έχει το 8% περίπου του νερού που βρίσκεται αποθηκευμένο στην επιδερμίδα. Κατά τη γήρανση χάνει βαθμιαία την ικανότητα να συγκρατεί νερό (William, 2003). Πάνω από τη βασική στιβάδα υπάρχει η ακανθωτή στιβάδα, η οποία ονομάζεται έτσι διότι τα κύτταρά της έχουν μικρά αγκάθια στο εξωτερικό των μεμβρανών τους, μοιάζουν δηλαδή με άκανθες. Η κοκκώδης στιβάδα περιέχει κοκκία κερατοϋαλίνης, τα οποία αποτελούν την προδρομική ουσία της κεράτινης, καθώς και λιπίδια. Η κεράτινη στιβάδα, η οποία είναι η εξωτερική στιβάδα, έχει τα κερατινοκύτταρα, τα οποία συνενώνονται σταθερά μεταξύ τους προσδίδοντας στο δέρμα την ιδιότητα της αδιαπερατότητας. Αυτή η στιβάδα παίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της υγρασίας του δέρματος χάρη στον παράγοντα Natural Moisturizing Factor (NMF). Περιέχει το 10%-15% της συνολικής ποσότητας νερού που είναι αποθηκευμένο στην επιδερμίδα (Dayan, 2006).

Χόριο

Το χόριο, το οποίο αποτελεί τη δεύτερη κύρια στιβάδα, βρίσκεται κάτω από την επιδερμίδα και αποτελείται κυρίως από ίνες κολλαγόνου και ελαστίνης. Εμφανίζει την επιπολής ή θηλώδη στιβάδα η οποία αποτελεί την ανώτερη στιβάδα του χορίου και περιλαμβάνει το αγγειακό δίκτυο. Έχει μεγάλο αριθμό νευρικών ινών, τριχοειδή αγγεία, νερό και κύτταρα. Εμφανίζει, επίσης, την εν τω βάθει ή δικτυωτή στιβάδα που είναι το βαθύτερο τμήμα του χορίου, έχει λιγότερες νευρικές ίνες και τριχοειδή αγγεία. Σ' αυτήν

βρίσκονται οι ρίζες και οι θύλακες των τριχών και οι εκκριτικοί αδένες (William, 2003). Οι ίνες κολλαγόνου στη δικτυωτή στιβάδα είναι πυκνότερες σε σύγκριση με τη δικτυωτή στιβάδα (Igarashi *et al*, 2007). Στην επιφάνεια του χορίου δημιουργούνται αισθητικές και αγγειακές θηλές. Μέσα στο χόριο ή από κάτω του υπάρχουν όργανα ειδικών λειτουργιών (δηλαδή οι ιδρωτοποιοί και οι σμηγματογόνοι αδένες και ο βολβός των τριχών).

Υποδόριος Ιστός

Η τρίτη στιβάδα του δέρματος, ο υποδόριος ιστός αποτελεί μια ελαστική στοιβάδα με μεγάλη ποσότητα λιπωδών κυττάρων που απορροφούν τους κραδασμούς, διαδραματίζοντας προστατευτικό ρόλο στα αγγεία του αίματος και τις νευρικές απολήξεις. Το πάχος είναι διαφορετικό από άνθρωπο σε άνθρωπο ανάλογα με την κατανομή λίπους στο, σώμα (Igarashi *et al*, 2007). Το πάχος του υποδόριου λίπους είναι μεγάλο στο δέρμα των μαστών, της κοιλιάς και των γλουτών και είναι ελάχιστο ή λείπει εντελώς στα βλέφαρα και σε μερικές άλλες περιοχές του σώματος. Έχει διάφορες μορφές ανάλογα και με την ηλικία και διαφορές ανάμεσα στα φύλα. Εκτός από τον αισθητικό ρόλο, το υποδόριο λίπος συμβάλλει και στη θερμορύθμιση του σώματος.

2. Φυσιολογία

Το δέρμα είναι ένα περίβλημα επικοινωνίας με το εξωτερικό περιβάλλον και είναι υπεύθυνο για πολλές φυσιολογικές βιολογικές - αμυντικές και αισθητηριακές – λειτουργίες (Χατζημπούγιας, 2000) και αποτελεί δείκτη εσωτερικών παθήσεων. Πιο συγκεκριμένα, το δέρμα έχει **προστατευτική λειτουργία** λόγω των φυσιοχημικών ιδιοτήτων του και αποτελεί ένα ανατομικό φραγμό ή διαφορετικά μια ασπίδα προστασίας των οργάνων του σώματος από τις βλαπτικές επιδράσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος. Προστατεύει το σώμα από τις θερμικές επιδράσεις, είτε αυτές αφορούν το ψύχος ή τη θερμότητα και συμβάλλει στη **θερμορύθμιση του σώματος** δηλαδή στη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος στους 37°C μέσα από την παραγομένη και αποβαλλομένη θερμότητα με δύο μηχανισμούς, τη παραγωγή και εξάτμιση του ιδρώτα και τη διαστολή ή συστολή των επιφανειακών αγγείων ανάλογα. Οι τρίχες και το υποδόριο λίπος δρουν, επίσης, θερμομονωτικά. Το δέρμα είναι, επιπλέον, φορτισμένο αρνητικά, αλλά σε σημεία που η επιδερμίδα είναι πιο λεπτή και υγρή, μειώνεται αντίστασή του και αυξάνεται ο κίνδυνος ηλεκτροπληξίας (Ασπιώτης, 2004). Το δέρμα προφυλάσσει από χημικές προσβολές γιατί η κεράτινη στιβάδα είναι ανθεκτική στα ασθενή οξέα και αλκάλια, και από τις μικροβιακές και παρασιτικές προσβολές γιατί η κεράτινη στιβάδα είναι αδιάβατη στα μικρόβια και τους μύκητες, αφού απολεπίζεται και αποβάλλει μαζί της τα μικρόβια και τα παράσιτα (Ασπιώτης, 2004). Επιπρόσθετα, το δέρμα είναι το αισθητήριο όργανο της αφής, της πίεσης, του θερμού, του ψυχρού, και του πόνου. Έχει **αισθητηριακή λειτουργία** και μέσα από ένα εκτεταμένο δίκτυο νεύρων, νευρικών απολήξεων και νευρικών σωματιδίων, τα οποία βρίσκονται στο δέρμα, διοχετεύονται πληροφορίες στον εγκέφαλο σε σχέση με το εξωτερικό περιβάλλον (Ασπιώτης, 2004).

Έχει, ταυτόχρονα, **μεταβολική λειτουργία** και με την παρουσία ενζύμων, συνθέτει και μεταβολίζει ορμόνες, αποτελώντας ένα τεράστιο ενδοκρινή αδένα. Στο δέρμα μεταβολίζονται οι πρωτεΐνες οι υδατάνθρακες, τα λίπη, το νερό, οι βιταμίνες, και οι ηλεκτρολύτες. Συμβάλλει στη μεταβολική επεξεργασία ορισμένων ορμονών και συμμετέχει στην παραγωγή ζωτικών θρεπτικών ουσιών για το σώμα, όπως η βιταμίνη D3 (Χοληκαλσιφερόλη) (Po-Lin, 2008). Η **εκκριτική και απεκκριτική λειτουργία του δέρματος** είναι, επίσης, σημαντική γιατί λειτουργεί ως εκκριτικό όργανο, με την

παραγωγή γάλακτος ή ως απεκκριτικό όργανο με την απομάκρυνση των άχρηστων ουσιών από τον οργανισμό μέσω των εξωκρινών αδένων. Από το δέρμα αποβάλλεται κυρίως ο ιδρώτας και το σμήγμα. Ο ιδρώτας εκκρίνεται και δρα σαν θερμοστάτης του σώματος. Το σμήγμα παράγεται από τους σμηγματογόνους αδένες και συντελεί στην προσταπτική λειτουργία του δέρματος έναντι των μικροβίων και των μυκήτων, σχηματίζοντας στην επιφάνεια του δέρματος ένα προστατευτικό λιπαρό υμένα. Η **απορροφητική λειτουργία** του δέρματος το οποίο αποτελεί μια ημιδιαπερατή μεμβράνη, επιτρέπει την απορρόφηση ουσιών μέσω της επιδερμίδας και των τριχοσμηγματογόνων θυλάκων. Από το δέρμα απορροφούνται μικρές ποσότητες οξυγόνου, νερό και άλλες λιποδιαλυτές ουσίες, καθώς και διάφορα φάρμακα που είτε σε μορφή αλοιφής ή κρέμας και μπορεί να έχουν τοπική ή συστηματική δράση. Το δέρμα συμμετέχει και στην παραγωγή αντισωμάτων, έχει δηλαδή **ανοσοποιητική λειτουργία**.

Δύο ακόμα σημαντικές λειτουργίες του δέρματος είναι η **κερατινοποίηση** και η **μελανινογένεση**. Κατά την κερατινοποίηση εκατομμύρια νεκρά κύτταρα απομακρύνονται με αποτέλεσμα το δέρμα να ανανεώνεται. Κατά τη μελανινογένεση, η μελανίνη μια φυσιολογική χρωστική που αποτελεί πολύ σημαντική ουσία του δέρματος, μας προστατεύει από τις βλαπτικές επιδράσεις της υπεριώδους ακτινοβολίας. Μετά από έκθεση σε ηλιακή ακτινοβολία υπερπαραγάγεται με αποτέλεσμα το φυσιολογικό μαύρισμα που παρατηρείται τους καλοκαιρινούς μήνες μετά από ηλιοθεραπεία. Λόγω της μελανίνης το δέρμα της μαύρης φυλής είναι ανθεκτικό στην ηλιακή ακτινοβολία ενώ το δέρμα της λευκής φυλής είναι περισσότερο ευαίσθητο στην ηλιακή ακτινοβολία (Ασπιώτης, 2004).

3. Παθολογία

3.1. Αίτια του καρκίνου του δέρματος

Υπάρχουν τρία είδη καρκίνου του δέρματος: το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα και το μελάνωμα, που αποτελεί και τον πιο επικίνδυνο τύπο καρκίνου του δέρματος. Διάφοροι παράγοντες συμβάλλουν στην ανάπτυξη καρκίνου του δέρματος, οι οποίοι σχετίζονται με τον ασθενή –εγγενείς παράγοντες - αλλά και εξωγενείς παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με το περιβάλλον στο οποίο ζει (Σιβρίδης, 2007). Ευάλωτες ομάδες μπορούν να θεωρηθούν τα άτομα με ατομικό και οικογενειακό ιστορικό με ηλικία εγκαύματα από την έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία, ιδιαίτερα κατά την παιδική ηλικία, άτομα με οικογενειακό ιστορικό μελανώματος, καθώς και άνθρωποι με αποδυναμωμένο ανοσοποιητικό σύστημα.

Οι εγγενείς παράγοντες συνδέονται με το οικογενειακό ιστορικό ενός ατόμου και κληρονομείται με το γονότυπο. Συγκεκριμένα, έρευνες έχουν δείξει ότι 1% έως 8% των ασθενών με προηγούμενο ιστορικό μελανώματος θα αναπτύξουν πολλαπλά πρωτογενή μελανώματα (Stam-Posthuma *et al*, 2001). Ένας ασθενής με τουλάχιστον ένα συγγενή πρώτου βαθμού με μελάνωμα έχει κίνδυνο κατά 1,7 φορές της εμφάνισης της νόσου (Gandini *et al*, 2011), ενώ ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του δέρματος είναι 9 φορές μεγαλύτερος αν δύο συγγενείς πρώτου βαθμού παρουσιάσουν την νόσο (Hemminki *et al*, 2003).

Ο κυριότερος εξωγενής παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του δέρματος είναι η ηλιακή ακτινοβολία. Έντονη έκθεση στον ήλιο, η οποία συνήθως συμβαίνει κατά τη διάρκεια ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων ή στις διακοπές ή η εργασιακή έκθεση στον ήλιο, παρέχει το μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο του δέρματος (Elwood and Jopson, 1997). Ο κίνδυνος έχει αυξηθεί στα τελευταία χρόνια, λόγω της μείωσης του στρατοσφαιρικού όζοντος, το οποίο δρα σαν φίλτρο και μας προστατεύει, απορροφώντας κυρίως την UVB ακτινοβολία (Σιβρίδης, 2007). Η επίδραση του ηλίου και ειδικά της UVB ακτινοβολίας επιφέρει αλλαγές στη βιολογική συμπεριφορά των κυττάρων, με αποτέλεσμα τη συχνότερη ανάπτυξη επιθηλιωμάτων δέρματος, καρκίνου του δέρματος καθώς και

μελανώματος. Ιστορικό με ηλιακό έγκαυμα ειδικά στην παιδική ηλικία μπορεί να διπλασιάσει τον κίνδυνο ενός ατόμου για την ανάπτυξη καρκίνου του δέρματος (Gandini *et al.*, 2011). Είναι σημαντικό να αναφέρουμε και την έκθεση στην τεχνητή υπεριώδη ακτινοβολία (solarium) που συμβάλλει στην εμφάνιση καρκίνου του δέρματος, ιδιαίτερα όταν η πρώτη έκθεση σε τεχνητή ακτινοβολία γίνεται μέσα στις δυο πρώτες δεκαετίες της ζωής του ατόμου (Σιβρίδης, 2007). Άλλοι παράγοντες εμφάνισης της νόσου σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, το κάπνισμα και η πλούσια σε λιπαρά διατροφή (Karagas *et al.*, 2002).

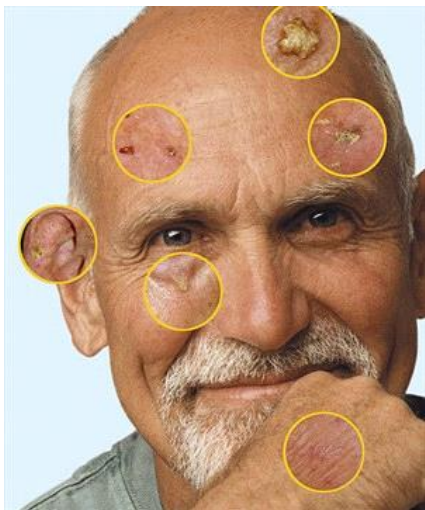
Επιπλέον, η παρουσία έστω και μιας άτυπης σπίλου (δηλαδή σπίλου τουλάχιστον 5mm σε μέγεθος, με μεταβαλλόμενο χρώμα, ακανόνιστο και ασύμμετρο περίγραμμα) παρέχει υψηλότερο κίνδυνο μελανώματος. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα με πολλαπλούς άτυπους σπίλους ή δυσπλαστικούς σπίλους και τα άτομα που έχουν γεννηθεί με συγγενή γιγάντιο μελανοκυτταρικό σπίλο βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο (Σιβρίδης, 2007). Συγκεκριμένα, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του δέρματος οι λευκοί με περισσότερους από 50 κοινούς μελαγχρωματικούς σπίλους. Υψηλές πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο του δέρματος έχουν και άτομα με γιγάντιες, ακανόνιστες ελιές (δυσπλαστικούς σπίλους) που εκτίθενται συνεχώς στην υπεριώδη ακτινοβολία (Συμεωνίδης, 2013). Σύμφωνα με τους Gandini *et al.* (2011) ο κίνδυνος αυξάνεται 6 φορές περισσότερο με την παρουσία πέντε άτυπων σπύλων.

Τέλος, οι Gandini *et al.* (2011) έδειξαν ότι τα άτομα με τα κόκκινα μαλλιά, ανοιχτόχρωμο δέρμα, πολλές φακίδες, και ανοικτού χρώματος μάτια θεωρούνται αυξημένου κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του δέρματος. Τα κόκκινα μαλλιά, σε σύγκριση με τα σκούρα μαλλιά, φέρουν τον υψηλότερο κίνδυνο, ενώ τα ξανθά μαλλιά προσδίδουν μέτρια αυξημένο κίνδυνο. Ασθενείς με φακίδες υψηλής πυκνότητας έχουν διπλάσιο κίνδυνο σε σύγκριση με τους ασθενείς με ελάχιστη ή καμία φακίδες, ειδικά όταν οι φακίδες υπάρχουν στο πάνω μέρος της πλάτης. Ο κίνδυνος ομοίως διπλασιάζεται για τα άτομα που έχουν το Fitzpatrick φωτότυπο I (δηλαδή εύκολα εγκαύματα που δε γίνονται μαύρισμα) σε σύγκριση με τον φωτότυπο IV (δηλαδή εύκολο μαύρισμα, σπάνιο καίγεται). Το χρώμα των ματιών (δηλ μπλε, φουντουκί, πράσινο) αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του δέρματος κατά περίπου 50%.

3.2. Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα αποτελεί την εικόνα ή τα συμπτώματα που παρουσιάζει ένας ασθενής, τα οποία είναι ορατά από τους ειδικούς, συνήθως με το γυμνό μάτι, μέσα από μια σειρά ιατρικών εξετάσεων. Αλλοιώσεις και αλλαγές στην όψη της επιδερμίδας αποτελούν προειδοποιητικές ενδείξεις για τον καρκίνο του δέρματος και επιβάλλουν την επίσκεψη στον ειδικό για περαιτέρω αξιολόγηση. Οι τρεις βασικοί καρκίνοι του δέρματος παρουσιάζουν την ακόλουθη κλινική εικόνα:

- **Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα**



Σχ.2: Σημεία εμφάνισης ακανθοκυτταρικού καρκινώματος.

<http://myskin.gr/dermatoxeirourgiki/akanthokittariko>

Τα πιο κοινά σημεία εμφάνισής του σύμφωνα με το Σχ.2 είναι το τριχωτό της κεφαλής, τα αυτιά, το πρόσωπο, το κάτω χείλος, ο λαιμός και τα χέρια. Η αλλοίωση αφορά στην εξωτερική στιβάδα του δέρματος. Αναπτύσσεται από τα κύτταρα της ακανθωτής στιβάδας της επιδερμίδας και παρουσιάζει την τάση να μεγαλώνει, να εξελκώνεται και να δημιουργεί πιο γρήγορα οζίδια με ή χωρίς κρούστα που καλείται εφελκίδα (Μπαλτά, 2005). Μπορεί να εμφανιστεί αρχικά ως μια κηλίδα ερυθρού χρώματος πάνω στην οποία υπάρχουν δομές οι οποίες μοιάζουν με λέπια ή μικρά εξογκώματα ή ακόμα μια πληγή που δεν επουλώνεται εύκολα (Μπεληγιάννη, 2009). Τα οζίδια του δερματικού αυτού καρκίνου είναι ευαίσθητα στο άγγιγμα και έχουν καφέ ή και ερυθρό χρώμα. Μετατρέπονται σε εύκολα αιμορραγούντα έλκη.

Εμφανίζεται συνήθως ως μία πεπαχυσμένη και τραχεία βλάβη η οποία αιμορραγεί εύκολα. 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 της ελαστικότητας (Μπακογιάννης, 2011). Επιπλέον, τυπικά χαρακτηριστικά της αλλοίωσης είναι φολίδες στην επιφάνεια του δέρματος, η σκληρή επιφάνεια, εξόγκωμα στο δέρμα, ευαισθησία του δέρματος κατά την ψηλάφηση. Κνησμός, πόνος ή αιμορραγία μπορεί να είναι ταυτόχρονα συμπτώματα. Μερικές φορές είναι κλινικά δυσδιάκριτο (onMed, 2015).

- **Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα**



Σχ.3: Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα http://www.onmed.gr/images/Ianouarios/Fevrouarios/1basal_cell.jpg

Είναι η πιο συχνή και λιγότερο επιθετική μορφή δερματικού καρκίνου και μπορεί να εμφανιστεί οπουδήποτε στο σώμα όμως πιο συχνά σε περιοχές που είναι εκτεθειμένες στον ήλιο όπως το πρόσωπο, ο αυχέννας, οι ώμοι και η ράχη κυρίως των ηλικιωμένων ατόμων (Μπεληγιάννη, 2009). Πλήττει την επιδερμίδα, δηλαδή τα κύτταρα που αποτελούν τις εξωτερικές στρώσεις του δέρματος και έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Άλλωστε γι' αυτό έχει και τη συγκεκριμένη ονομασία. Πλήττει τη βασική στιβάδα της επιδερμίδας και είναι βλάβη που εξελίσσεται αργά και προκαλεί τοπική διήθηση και όχι μεταστάσεις (Μπαλτά, 2005). Το δέρμα παρουσιάζει αλλοιώσεις όπως η λεία και

γυαλιστερή επιφάνεια με υφή κεριού. Στο πιο πρώιμο στάδιο είναι μια κόκκινη επίπεδη επιφάνεια, ένα μικρό οζίδιο, το οποίο σιγά-σιγά γίνεται συμπαγές με πιθανή αιμορραγία και αδυναμία πλήρους επούλωσης (Σχ.3). Παρουσιάζει κρούστα ή καύκαλο στην επιφάνεια και προκαλεί φαγούρα χωρίς όμως να προκαλεί πόνο (onMed, 2015).

Σύμφωνα με τον Μπακογιάννη (2011) μερικές φορές μπορεί να μοιάζει με δερματικό εξάνθημα, ψωρίαση ή έκζεμα. Σε κάποιες περιπτώσεις μοιάζει με λευκωπή ουλή ή υποκίτρινη με ακαθόριστα όρια. Όταν κάποιες πληγές δεν επουλώνονται, είναι καλύτερα να κινούν υποψίες για εμφάνιση βασικοκυτταρικού καρκινώματος. Πολλές φορές εμφανίζεται σαν κανονικός σπίλος. Είναι προτιμότερο οποιεσδήποτε νεοεμφανιζόμενες κηλίδες ή δερματικές βλάβες που μεγαλώνουν, οι οποίες δεν υπήρχαν στο παρελθόν, ειδικά σε σημεία ορατά από τον ήλιο, να εκτιμώνται από ειδικό. Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα δε δημιουργεί κάποια ενόχληση εκτός από πιθανή ελαφρά φαγούρα ή ήπιο πόνο που παρουσιάζεται σε κάποιους ασθενείς (Μπακογιάννης, 2011).

- **Μελάνωμα**

Το μελάνωμα είναι ένας καρκίνος του δέρματος που ξεκινά στα μελανοκύτταρα, τα κύτταρα που παράγουν τη χρωστική του δέρματος ή τη χρωστική ουσία γνωστή ως μελανίνη (National Cancer Institute, 2003). Αποτελεί την πιο επικίνδυνη μορφή καρκίνου του δέρματος με τυπικό σύμπτωμα την εμφάνιση νέας σπίλου ή την αλλοίωση υπάρχουσας σπίλου στο σώμα. Ο σπίλος είναι πολλές φορές πιο σκούρος από τους συνηθισμένους και έχει ανώμαλο περίγραμμα, μεγαλώνει γρήγορα και έχει δυσχρωμία (Μπακογιάννης, 2011). Πιο συγκεκριμένα, η αλλοίωση της σπίλου συνδέεται με την αύξηση στο μέγεθος, με την αλλαγή χρώματος, με την πιθανότητα αιμορραγίας και εμφάνιση κρούστας στην επιφάνειάς της, με πόνο και φαγούρα. Εμφανίζεται σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος, αλλά κυρίως στην πλάτη, τα πόδια, τα χέρια και το πρόσωπο (onMed, 2015).

Σύμφωνα με το Σχ.3 σε κάθε σπίλο θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στα πιο κάτω χαρακτηριστικά τα οποία κινούν την υποψία για μελάνωμα. Ο κανόνας ABCDE (ΑΔΟΧΑ στα Ελληνικά) αποτελεί ένα οδηγό, ο οποίος χρησιμοποιείται ευρέως για την πρώιμη αναγνώριση του μελανώματος (Heasley *et al.*, 2006). Τα ΑΔΟΧΑ (Ασυμμετρία, Όρια,

Χρώμα, Διάμετρος, Αύξηση) είναι σημαντικά χαρακτηριστικά που πρέπει να εξετάζονται σε κάθε περίπτωση. Το A (Asymmetry) εκφράζει την ύπαρξη ή όχι ασυμμετρίας. Το μελάνωμα σε αντίθεση με τους συνήθεις σπίλους, παρουσιάζει αύξηση στο μέγεθος με ασαφή όρια. Το B (Border) εκφράζει την ύπαρξη ή όχι σαφούς και ομαλού περιγράμματος. Οι συνήθεις σπίλοι έχουν λεία καθορισμένα όρια, ενώ το μελάνωμα είναι ανομοιόμορφο. Το C (Color) εκφράζει ύπαρξη ή όχι δυσχρωμίας. Η σκούρα, ομοιόμορφη επιφάνεια χαρακτηρίζει ένα συνήθη σπίλο. Το μελάνωμα όμως εμφανίζει αποχρώσεις του γκρι, καφέ ή μαύρου, είτε κόκκινες και λευκές περιοχές. Το D (Diameter) εκφράζει διάμετρο μεγαλύτερη ή όχι από 6mm. Οι απλοί σπίλοι έχουν μέγεθος περίπου κεφαλής καρφίτσας ή και μικρότερο, σε αντίθεση με τα μελανώματα που έχουν μέγεθος γύρω στα 6mm. Το E (Evolving) εκφράζει αλλαγή ή όχι στην μορφή του σπίλου με την πάροδο του χρόνου. Το μελάνωμα, σε αντίθεση με τους απλούς σπίλους, δεν παραμένει το ίδιο για πολλά χρόνια. Μεταβάλλεται γρήγορα, μπορεί και σε περίοδο μηνών, και πρέπει να αφαιρείται άμεσα.

3.3. Διάγνωση – Διαφορική διάγνωση

Η κλινική εικόνα του καρκίνου του δέρματος διαφέρει ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου. Ένας έμπειρος δερματολόγος μπορεί να κάνει κλινική διάγνωση του καρκίνου του δέρματος με ποσοστό επιτυχίας 70% (Brittan, 1999). Ο δερματολόγος δε θα χρησιμοποιήσει μόνο το γυμνό οφθαλμό για να εξετάσει τις ύποπτες βλάβες. Θα χρησιμοποιήσει λεπτομερέστερη διαγνωστική τεχνική εξέτασης των μελαγχρωματικών αλλοιώσεων του δέρματος από την κλινική εξέταση, τη δερματοσκόπηση. Με τη δερματοσκόπηση αυξάνεται η διαγνωστική ικανότητα του δερματολόγου κατά 80% (Μουστάκας, 2006). Υπάρχει η δυνατότητα να γίνει δερματοσκόπηση χειρός με τη χρήση ενός δερματοσκοπίου, το οποίο αποτελεί μια φορητή συσκευή χειρός που τοποθετείται πάνω στο δέρμα αφού εφαρμοστεί πρώτα έλαιο ή αλκοόλη ή νερό πάνω στη βλάβη για να εξαλειφθεί η επιφανειακή αντανάκλαση του φωτός. Μεγεθύνεται η υπό εξέταση βλάβη και οι μικροσκοπικές λεπτομέρειες του δικτύου της μελαγχρωματικής βλάβης και επιτρέπει στον εξεταστή να διακρίνει απλά τις άτυπες από τις καλοήθεις μελανοκυτταρικές βλάβες (Καρελάς, 2012).

Υπάρχει η δυνατότητα να γίνει ψηφιακή δερματοσκόπηση με ψηφιακή κάμερα συνδεδεμένη με υπολογιστή. Άτομα τα οποία έχουν πολλαπλούς σπίλους στο σώμα τους ή πολλαπλούς άτυπους σπίλους και διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, μπορούν να ωφεληθούν από την παρακολούθηση και τη ψηφιακή καταγραφή των σπίλων τους μέσω της τεχνικής χαρτογράφησης σπίλων για μελλοντική σύγκριση (Καρελάς, 2012). Η ψηφιακή δερματοσκόπηση δίνει τη δυνατότητα αποθήκευσης δερματοσκοπικών εικόνων για μελλοντική χρήση. Η χαρτογράφηση των σπίλων αποτελεί μια αποτελεσματική εξεταστική μέθοδο παρακολούθησής τους, κατά την οποία γίνεται καταγραφή όλων των σπίλων και λεπτομερής εξέταση των υπόπτων για κακοήθεια σπίλων.

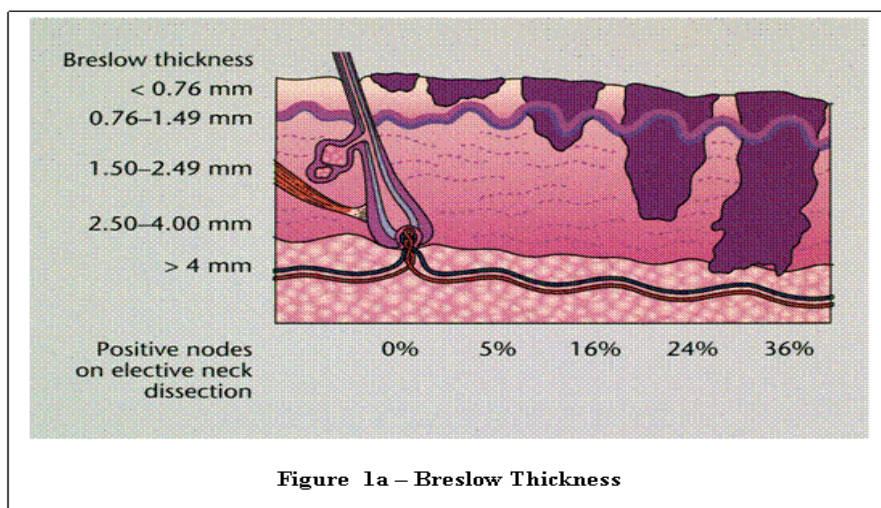
Όταν μια περιοχή του δέρματος δε φαίνεται φυσιολογική, ο γιατρός ίσως να χρειαστεί να αφαιρέσει μέρος ή ολόκληρο τον όγκο για να διεξάγει ιστολογικό έλεγχο (Καρελάς, 2012). Η ιστολογική εξέταση, η οποία γίνεται από ιστοπαθολόγο, αποτελεί τη μόνη απόλυτη διάγνωση του καρκίνου του δέρματος. Η αφαιρετική βιοψία ή και τμηματική βιοψία είναι απαραίτητη όταν ένας όγκος είναι πολύ μεγάλος ή σε ειδική θέση, και αν ο θεράπων ιατρός αμφιβάλλει για τη μακροσκοπική του διάγνωση. Έτσι, λαμβάνοντας την ύποπτη αλλοίωση – προτιμότερο ολόκληρη - ο ειδικός παθολογοανατόμος εξετάζει τα κύτταρα στο μικροσκόπιο για να μπορέσει να κάνει τη διάγνωσή του (Brittan, 1999). Η ιστολογική έκθεση θα πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες για τον τύπο του καρκίνου δέρματος, το πάχος του όγκου (Breslow), τον αριθμό μιτώσεων ανά mm, το επίπεδο διήθησης (Clark), την παρουσία εξέλκωσης, τις εστίες υποστροφής, τη λεμφαγγειακή, αγγειακή ή περινευρική διήθηση, μικροδορυφόρες βλάβες, τη φάση ανάπτυξης και τα όρια εκτομής (Brittan, 1999).

3.4. Σταδιοποίηση

Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα είναι ο πιο συνηθισμένος καρκίνος του δέρματος και ο πιο εύκολα ιάσιμος με τον εντοπισμό και την αφαίρεσή του να οδηγεί στην οριστική θεραπεία. Το ίδιο ισχύει και για το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα που είναι ο δεύτερος πιο συχνός καρκίνος του δέρματος, ο οποίος αν και έχει τάση να δίνει μεταστάσεις, έχει εξαιρετική πρόγνωση και θεραπεία. Το μελάνωμα, δυστυχώς, αποτελεί ένα κακοήθη όγκο που αναπτύσσεται γρήγορα και δίνει μεταστάσεις σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος.

Η πρόγνωσή του εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η νόσος (Παπαδόπουλος, 2012).

Υπάρχουν 2 συστήματα σταδιοποίησης του μελανώματος σε παθολογοανατομικό επίπεδο. Το ένα σύστημα είναι η ταξινόμηση κατά Breslow, όπου μετράει το βάθος της διήθησης σε mm από την κοκκιώδη στιβάδα της επιδερμίδας. Το δεύτερο σύστημα είναι η ταξινόμηση κατά Clark όπου το επίπεδο της διήθησης εξαρτάται από το στοιχείο του δέρματος που φτάνει ο όγκος. Πιο αναλυτικά σύμφωνα με το Σχ.5, κατά την ταξινόμηση Breslow στο επίπεδο 1 το μελάνωμα είναι μικρότερο από 0,75mm, στο επίπεδο 2 το μελάνωμα έχει μέγεθος 0,76-1,50 mm, στο επίπεδο 3 είναι μεγέθους 1,51-2,49mm, στο επίπεδο 4 έχει μέγεθος 2,5-3,99 mm και στο τελευταίο επίπεδο είναι μεγαλύτερο από 4mm (Valsamaki, 2009).

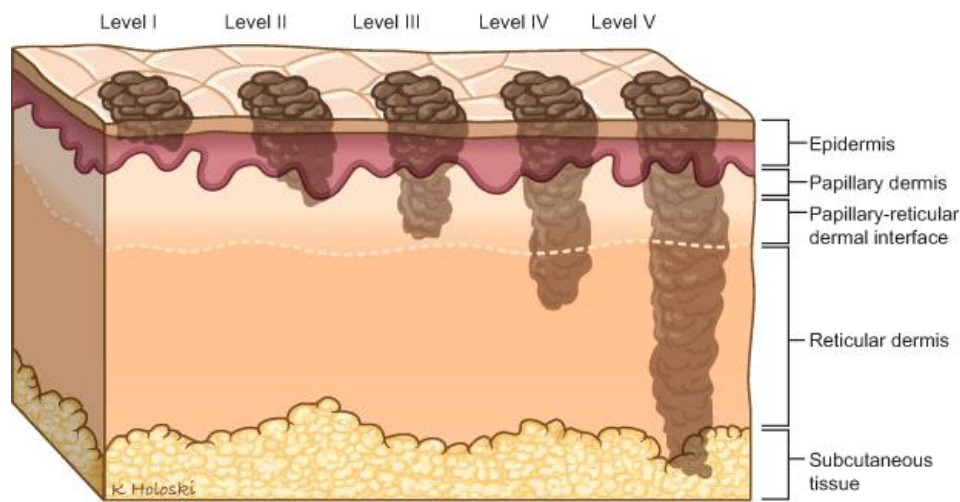


Σχ.5: Ταξινόμηση κατά Breslow. Πηγή:

http://www.jameshshaw.co.nz/images/mel_clip_image002.gif

Σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά Clark (Σχ.6), η σταδιοποίηση της νόσου καθορίζεται με βάση το στοιχείο του δέρματος στο οποίο φτάνει ο όγκος. Στο επίπεδο 1 τα κακοήθη μελανοκύτταρα δεν έχουν διηθήσει την βασική στιβάδα και ο όγκος είναι ενδοεπιδερμικός, ενώ στο επίπεδο 2 ο όγκος έχει διηθήσει το θηλώδες χόριο. Στο επίπεδο 3 γίνεται διήθηση φτάνει μέχρι το δικτυωτό χόριο και στο επίπεδο 4 ο όγκος

διηθεί στο δικτυωτό χορίο. Στο επίπεδο 5 γίνεται διήθηση στον υποδόριο λιπώδη ιστό (Valsamaki, 2009).



Σχ.6: Ταξινόμηση κατά Clark. Πηγή:

http://headandneckcancerguide.org/wp-content/uploads/2013/02/62_Clarklevels1.jpg

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι σύμφωνα με τον οργανισμό American Joint Community Of Cancer (AJCC) προτάθηκε το 2001 η Tumor Nodes Metastasis (TNM), μια νέα σταδιοποίηση του μελανώματος.

Το T ανταποκρίνεται στην έννοια Tumor και σχετίζεται με το πάχος του όγκου. Αποτελείται από 5 στάδια, ως ακολούθως:

T0 - τα κύτταρα του μελανώματος βρίσκονται μόνο στην επιφάνεια του δέρματος

T1 - το μελάνωμα έχει πάχος μικρότερο του 1 mm

T2 - το μελάνωμα έχει πάχος μεταξύ 1 mm και 2 mm

T3 - το μελάνωμα έχει πάχος μεταξύ 2 mm και 4 mm

T4 - το μελάνωμα έχει πάχος μεγαλύτερο από 4 mm

Το N ανταποκρίνεται στην έννοια Nodes και περιγράφεται κατά πόσο τα καρκινικά κύτταρα βρίσκονται κοντά στους λεμφαδένες και αποτελείται από 4 στάδια:

N0 - δεν υπάρχουν κύτταρα μελανώματος κοντά σε λεμφαδένες

N1 - υπάρχουν κύτταρα μελανώματος σε ένα λεμφαδένα

N2 - υπάρχουν κύτταρα μελανώματος σε 2 ή 3 λεμφαδένες

N3 - υπάρχουν κύτταρα μελανώματος σε 4 ή περισσότερους λεμφαδένες

Το M ανταποκρίνεται στην έννοια Metastasis και περιγράφει την πιθανότητα μετάστασης σε άλλο σημείο του σώματος. Αποτελείται από 2 στάδια:

M0 όπου ο καρκίνος δεν έχει εξαπλωθεί σε ένα άλλο μέρος του σώματος.

M1 όπου ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί σε ένα άλλο μέρος του σώματος.

Το δεύτερο στάδιο (M1) υποδιαιρείται στα εξής υποστάδια:

M1a – όπου τα κύτταρα μελανώματος έχουν εξαπλωθεί στο δέρμα και σε άλλα μέρη του σώματος ή σε λεμφαδένες μακριά από το σημείο όπου το μελάνωμα έκανε την εμφάνισή του.

M1b- τα κύτταρα μελανώματος έχουν εξαπλωθεί στον πνεύμονα.

M1c - τα κύτταρα μελανώματος έχουν εξαπλωθεί σε άλλα όργανα

(Cancer Research UK, 2015)

4. Πρόγνωση

Με βάση όλα τα πιο πάνω, οι πιο σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για τον καρκίνο του δέρματος και ειδικά για τα πρωτοπαθή, μη μεταστατικά μελανώματα είναι οι ακόλουθοι:

A. Το πάχος του όγκου το οποίο καθορίζεται και υπολογίζεται σύμφωνα με το δείκτη Breslow με τη βοήθεια οπτικού μικρομέτρου και γίνεται σε ιστολογικές τομές. Όταν ο δείκτης Breslow αυξάνεται, τότε μειώνεται η επιβίωση.

B. Την ύπαρξη έλκωσης σε ιστολογικό επίπεδο, η οποία είναι η απουσία ιστολογικά άθικτης επιδερμίδας που καλύπτει μεγάλο μέρος του πρωτοπαθούς μελανώματος. Σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης προχωρημένης νόσου και χαμηλότερη επιβίωση.

Γ. Το μιτωτικό δείκτη, που καθορίζεται από τον αριθμό των μιτώσεων ανά τετραγωνικό χιλιοστό. Η αύξηση της τιμής του σχετίζεται με χαμηλότερη επιβίωση.

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

E. Την αναγνώριση μικρομεταστάσεων στους επιχώριους λεμφαδένες, βασιζόμενη στη βιοψία του λεμφαδένα φρουρού. Η μικρομετάσταση αποτελεί τη μετάσταση που εντοπίζεται σε ιστολογικό επίπεδο, με ελάχιστη διάμετρο 0.2 χιλ και που δεν είναι ανιχνεύσιμη στον κλινικό ή τον απεικονιστικό έλεγχο (Ell and Gambhir, 2004).

5. Πρόληψη

Είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι το πιο σημαντικό αίτιο πρόκλησης καρκίνου του δέρματος είναι η έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία κατά την οποία προκαλείται διέγερση των μελανοκυττάρων, τα οποία παράγουν μελανίνη (Hawk *et al*, 2012). Για το λόγο αυτό, η πρόληψη του καρκίνου του δέρματος σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την προστασία από τον ήλιο. Σημαντικές συστάσεις γίνονται από ειδικούς για πρόληψη του καρκίνου του δέρματος. Αρχικά, συστήνεται αποφυγή έκθεσης στον ήλιο και οι υπαίθριες δραστηριότητες κατά τις ώρες μεταξύ 11:00-16:00, όπου η UVA/UVB ακτινοβολία είναι πιο έντονη. Η σκιά και η συννεφιά κατά εκείνη τη χρονική περίοδο δεν λειτουργούν προστατευτικά γιατί η υπεριώδης ακτινοβολία αντανακλάται και μπορεί να προκληθούν εγκαύματα ακόμα και κάτω από ομπρέλα ή τέντα. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το 80% της UV διαπερνά τα σύννεφα (World Health Organization, 2016; American Cancer Society, 2016).

Συστήνεται η καθημερινή χρήση αδιάβροχου αντηλιακού, και όχι μόνο στην παραλία, σε όλες τις φωτοεκτιθέμενες περιοχές του σώματος. Το αντηλιακό πρέπει να προστατεύει και από την UVA και από την UVB ακτινοβολία. Ο Δείκτης Προστασίας (SPF) να είναι πάνω από 15 και αν η έκθεση στον ήλιο είναι καθημερινή και έντονη χρειάζεται αντηλιακό με SPF πάνω από 30. Ο δείκτης προστασίας είναι σημαντικό να επιλεγεί σε συνεργασία με τον ειδικό δερματολόγο ανάλογα με τον κάθε φωτότυπο του ατόμου. Πρέπει να αλείφεται 30 λεπτά πριν την έκθεση στον ήλιο και η επάλειψη να επαναλαμβάνεται κάθε 2 ώρες ή μετά από κολύμπι ή υπερβολική εφίδρωση. Τα μωρά ηλικίας έως 6 μηνών δε συστήνεται να εκτίθενται στον ήλιο και δεν επιτρέπεται καν να αλείφονται με αντηλιακό. Επιπρόσθετα, είναι σημαντική η χρήση πλατύγυρου καπέλου, γυαλιών ηλίου και ανοιχτόχρωμων φαρδιών ή μακρυμάνικων ρούχων κυρίως σε μικρά παιδιά, αφού – όπως έχει προαναφερθεί – έρευνες έχουν δείξει ότι ένας ιδιαίτερα επικίνδυνος παράγοντας εμφάνισης μελανώματος στη ζωή ενός ενήλικα είναι το ηλιακό έγκαυμα στην παιδική ή εφηβική ηλικία.

Η πρόληψη συνδέεται με τη συστηματική επίσκεψη στο δερματολόγο - τουλάχιστον 1 φορά τον χρόνο - για προληπτικό έλεγχο του δέρματος και των σπίλων. Είναι σημαντική και η αυτοεξέταση του δέρματος, η παρακολούθηση δηλαδή του δέρματος από το ίδιο το

άτομο σε τακτά χρονικά διαστήματα με στόχο τον εντοπισμό νέων σπύλων ή μεταβολών σε ήδη προϋπάρχοντες σπύλους (World Health Organization, 2016; American Cancer Society, 2016). Κατά την αυτοεξέταση είναι σημαντικό το άτομο να θυμάται ότι ορισμένα ύποπτα σημεία μπορεί να είναι ψηλαφητά χωρίς να είναι ορατά, οπότε δεν πρέπει να παραμένει μόνο στην οπτική εικόνα, αλλά να κάνει ψηλάφηση όλου του σώματος καθώς κάνει αυτοεξέταση (Καρέλας, 2012). Η αυτοεξέταση πρέπει να ξεκινά από την εξέταση του προσώπου με τη βοήθεια καθρέφτη, συμπεριλαμβανομένου της μύτης, των χειλιών, του στόματος και των αυτιών και του τριχωτού της κεφαλής. Ακολουθεί εξέταση της πρόσθιας και οπίσθιας επιφάνειας των χεριών ξεκινώντας από τις μασχάλες, στους αγκώνες και καταλήγοντας στις άκρες χείρες καθώς και στις περιοχές ανάμεσα στα δάχτυλα. Μπροστά από έναν ολόσωμο καθρέφτη θα πρέπει να εξεταστεί η περιοχή ανάμεσα και κάτω από το στήθος, η περιοχή του λαιμού και η πλάτη ξεκινώντας από τον αυχένα και τους ώμους και κατεβαίνοντας προς τη μέση. Στη συνέχεια να γίνεται εξέταση των γλουτών και της οπίσθιας επιφάνειας των ποδιών μέχρι και τις φτέρνες. Ακολούθως, να γίνεται προσεκτική εξέταση της περιοχής των γεννητικών οργάνων, της πρόσθιας επιφάνειας των ποδιών μέχρι και τα ακροδάχτυλα. Τέλος, να γίνεται εξέταση των πελμάτων καθώς και ανάμεσα στα δάχτυλα των ποδιών (Καρέλας, 2012).

6. Θεραπεία

Η θεραπεία του καρκίνου του δέρματος μπορεί να είναι συντηρητική (μη-χειρουργική) ή με χειρουργική επέμβαση. Η επιλογή της θεραπείας βασίζεται στον τύπο, το μέγεθος, την περιοχή και το βάθος διήθησης του όγκου, και μπορεί να εξαρτηθεί από την ηλικία του ασθενούς και την γενική κατάσταση της υγείας του.

6.1. Συντηρητική

Η συντηρητική θεραπεία αναφέρεται στη μη-χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του δέρματος. Η **θεραπεία με Laser** αποτελεί ένα τύπο συντηρητικής θεραπείας. Μια ακτίνα φωτός χρησιμοποιείται για να αφαιρέσει ή να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα. Συνήθως χρησιμοποιείται μόνο σε καρκίνους που εντοπίζονται στην εξωτερική στιβάδα του δέρματος. Η **ακτινοθεραπεία** αποτελεί ακόμα ένα είδος θεραπείας του καρκίνου του δέρματος. Η υψηλής ενέργειας ακτινοβολία σε πολλές δόσεις καταστρέφει τα καρκινικά κύτταρα και σταματά την ανάπτυξή τους, κυρίως σε σημεία που είναι δύσκολη η θεραπεία με εγχείρηση (π.χ. βλέφαρα, μύτη, αυτιά) (Μπαλτά, 2005). Οι δέσμες ακτινών X κατευθύνονται στον όγκο και δεν συντρέχει λόγος χειρουργικής τομής ή αναισθησίας. Συμβάλλει στην ολική καταστροφή του όγκου, αλλά απαιτεί συνήθως μια σειρά θεραπειών διάρκειας από μια έως μερικές εβδομάδες (Skin Cancer Foundation, 2010).

Μπορεί επίσης να γίνει **τοπική χημειοθεραπεία**, η οποία είναι αποτελεσματική σε καρκίνους όπως η ακτινική κεράτωση ή καρκίνους που βρίσκονται στην επιπολής στιβάδα του δέρματος, και γίνεται με τη χρήση αντικαρκινικών φαρμάκων τα οποία έχουν μορφή αλοιφής ή γαλακτωμάτων που απλώνονται στο δέρμα (Μπαλτά, 2005). Στις μέρες μας, υπάρχει στη διάθεσή μας μεγάλος αριθμός χημειοθεραπευτικών παραγόντων που συμβάλλουν σε υποστροφή των όγκων και μείωση των συμπτωμάτων τους, αλλά η αποτελεσματικότητά της στο μεταστατικό μελάνωμα είναι περιορισμένη (Milton *et al*, 1982). Η ιμοκιμόνη (Imiquimod) και η 5 - φλουορουρακίλη (fluorouracil 5-FU) είναι εγκεκριμένες χημειοθεραπείες από τον Οργανισμό φαρμάκων των Η.ΠΑ (F.D.A) μόνο για τα επιφανειακά βασικοκυτταρικά με ποσοστά επιτυχίας γύρω στα 80 -90% (Skin Cancer Foundation, 2010).

6.2. Χειρουργική

Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί το θεμέλιο λίθο στη θεραπεία του καρκίνου του δέρματος και συμβάλλει στην αφαίρεση πολλών τύπων καρκίνου του δέρματος. Υπάρχουν διάφοροι τύποι χειρουργικής επέμβασης. Για παράδειγμα, υπάρχει η **χειρουργική αφαίρεση** που γίνεται σε πολλά περιστατικά όπου ο καρκίνος του δέρματος αφαιρείται τελείως κατά τη διάρκεια της βιοψίας χωρίς να χρειάζεται περαιτέρω θεραπεία. Το ποσοστό επιτυχίας με αυτή την τεχνική δεν φτάνει το ποσοστό της Mohs, αλλά το ποσοστό ίασης ανέρχεται στο 90% (Skin Cancer Foundation, 2010). Η **απόξεση ή ηλεκτροκαυτηρίαση (διαθερμοπηξία)** αποτελεί ένα τύπο επέμβασης κατά την οποία γίνεται τοπική αναισθησία στο σημείο που πρέπει να αφαιρεθεί ο καρκίνος. Στη συνέχεια χρησιμοποιείται ένα ειδικό ξέστρο με σχήμα κοχλιαρίου για την απόξεση, και με διαθερμοπηξία σταματά η αιμορραγία και καταστρέφονται τα εναπομείναντα καρκινικά κύτταρα (Μπαλτά, 2005). Η διαδικασία αυτή μπορεί να επαναληφθεί δύο ή περισσότερες φορές κατά την διάρκεια της ίδιας συνεδρίας ώστε να επιβεβαιωθεί ότι όλα τα καρκινικά κύτταρα έχουν καταστραφεί. Έχει ποσοστά ίασης που φθάνουν αυτά της χειρουργικής αφαίρεσης, αλλά μπορεί να μην είναι τόσο χρήσιμη σε επιθετικά βασικοκυτταρικά καρκινώματα καρκινώματα που βρίσκονται σε σημείο υψηλής επικινδυνότητας (Skin Cancer Foundation, 2010).

Επιπρόσθετα, η **χειρουργική επέμβαση του Mohs** αποτελεί ένα άλλο τύπο επέμβασης ιδιαίτερα χρήσιμο όταν δεν είναι σίγουρο το σχήμα και το βάθος του όγκου. Στοχεύει στην ολική αφαίρεση ολόκληρου του καρκινικού ιστού, χωρίς να επηρεαστεί ιδιαίτερα ο υγιής ιστός. Η συγκεκριμένη επέμβαση είναι απαραίτητη για να αφαιρεθούν μεγάλοι όγκοι οι οποίοι βρίσκονται σε περιοχές που δύσκολα θεραπεύονται ή σε περιοχές που ήδη έχουν θεραπευτεί καρκίνοι στο παρελθόν. Μετά από τοπική αναισθησία, αφαιρείται λεπτό στρώμα του καρκίνου κάθε φορά, το οποίο ελέγχεται στο μικροσκόπιο μέχρι την αφαίρεση ολόκληρου του καρκίνου (Μπαλτά, 2005). Η μέθοδος αυτή μπορεί να σώσει μεγαλύτερη ποσότητα υγιούς ιστού και έχει το μεγαλύτερο ποσοστό ίασης 99%. Χρησιμοποιείται συχνά σε βασικοκυτταρικούς όγκους που βρίσκονται σε περιοχές κοσμετολογικά μεγάλης σημασίας και σε υποτροπιάζοντες όγκους ή σε δύσκολες περιοχές όπως γύρω από τα μάτια, μύτη, χείλη και αυτιά (Skin Cancer Foundation, 2010). Οι προκαρκινικές δερματικές καταστάσεις και μικροί καρκίνοι του δέρματος μπορούν να αφαιρεθούν με την **κρυοχειρουργική επέμβαση**. Κατά την κρυοχειρουργική επέμβαση, απλώνεται στον

όγκο υγρό άζωτο, το οποίο παγώνει την περιοχή και σκοτώνονται τα μη φυσιολογικά κύτταρα. Η κρυοχειρουργική επαναλαμβάνεται μέχρι την πλήρη αφαίρεση του όγκου (Μπαλτά, 2005). Η κρυοχειρουργική είναι αποτελεσματική στους περισσότερους συνήθεις καρκίνους, ιδιαίτερα στα επιφανειακά βασικοκυτταρικά καρκινώματα, αλλά χρησιμοποιείται λιγότερο σήμερα γιατί έχει χαμηλότερα ποσοστά επιτυχίας από τις χειρουργικές τεχνικές, γύρω στο 85-90% (Skin Cancer Foundation, 2010).

B' ΜΕΡΟΣ

1. Εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς

Ο νοσηλευτής μπορεί να αποτελέσει το κλειδί για την πρόληψη του καρκίνου του δέρματος, γιατί μπορεί να συμβάλει στην εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς και να προβεί σε συμβουλευτικές διαδικασίες για τη συμμόρφωσή του για αποτελεσματικό χειρισμό και αντιμετώπιση της νόσου. Αρχικά, ο νοσηλευτής προβαίνει ο ίδιος στη φυσική εξέταση του ασθενούς, στα πλαίσια μιας συνολικής εκτίμησης της υγείας του. Μέσα από τη φυσική εξέταση, μπορεί να παρατηρηθούν από το νοσηλευτή αλλοιώσεις και αλλαγές στην όψη της επιδερμίδας, οι οποίες εκτιμούνται ως προειδοποιητικές ενδείξεις για τον καρκίνο του δέρματος και να χρίζουν περαιτέρω αξιολόγησης και παραπομπής σε δερματολόγο. Πέρα από τη φυσική εξέταση, προβαίνει και σε διαδικασίες λήψης του ιστορικού του ασθενούς. Με την λήψη του ιστορικού, λαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με τα φυσικά και τα λειτουργικά προβλήματα του ασθενούς (Lemone and Burke, 2006) συμπεριλαμβανομένου της ηλικίας του, το οικογενειακό ιστορικό του σε καρκίνο του δέρματος και τα γενικά συμπτώματα (Σαχίνη-Καρδάση και Πάνου, 2006).

Ο νοσηλευτής μπορεί να προβεί σε διαδικασίες συμμόρφωσης του ασθενούς με τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του δέρματος, παρέχοντάς του την κατάλληλη εκπαίδευση για φυσική αυτοεξέταση (Guill and Orengo, 2001). Με την εκπαίδευση που του παρέχεται, ο ασθενής θα μπορεί να εκτιμήσει την κατάστασή του και να εντοπίσει τον καρκίνο στα αρχικά του, θεραπεύσιμα στάδια. Τη σημασία του ρόλου του νοσηλευτή στον προσυμπτωματικό έλεγχο τόνισε και η Lawler (1990). Ισχυρίστηκε, ταυτόχρονα, ότι οι νοσηλευτές θα πρέπει να διερευνούν τους ασθενείς σχετικά με τις στάσεις τους απέναντι στο μαύρισμα, καθώς και τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνουν για την προστασία τους από τον ήλιο στην καθημερινότητά τους. Μέσα από αυτό το ενεργό ρόλο τους στη δημόσια εκπαίδευση, οι νοσηλευτές μπορούν να αυξήσουν την ευαισθητοποίηση και να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του δέρματος. Επιπλέον, η έρευνα του Marlenga (1992) διαπίστωσε το σημαντικό ρόλο του νοσηλευτή στην εκπαίδευση του κοινού σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του δέρματος, μέσα από την επαρκή εκπαιδευτική προετοιμασία και την καλλιέργεια κατάλληλων δεξιοτήτων

για να διδάξει τον ασθενή και να αποτελέσει έναν αποτελεσματικό εκπαιδευτή υγείας και πρόληψης της νόσου.

Είναι αλήθεια ότι συνίσταται ο περιοδικός έλεγχος και εξέταση ειδικά των ατόμων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο σε ετήσια βάση για την καλύτερη δυνατή εκτίμηση της κατάστασής τους (Kirsner, Mukherjee and Federman, 1999; Edman and Wolfe, 2000). Ο δερματολόγος δεν μπορεί να προσφέρει τον έλεγχο ρουτίνας σε μεγάλο αριθμό ατόμων, ειδικά εκείνων που είναι σε κίνδυνο ανάπτυξης μελανώματος, οπότε δεδομένου ότι ο νοσηλευτής βρίσκεται στην πρώτη γραμμή επαφής με τον ασθενή στο σύστημα φροντίδας υγείας, επιβάλλεται να είναι σε θέση να εκτιμά την κατάσταση του ασθενούς, να αναγνωρίσει τον καρκίνο του δέρματος, να αναγνωρίσει τα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο για ανάπτυξη μελανώματος και να εκπαιδεύσει τους ασθενείς σχετικά με τη νόσο (Stephenson, From., Cohen *et al*, 1997; Weinstock, Goldstein, Dube *et al*, 1996).

Είναι αλήθεια ότι ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς έχει τονιστεί από τη δεκαετία του 1980, όπου ανάμεσα στους στόχους του National Cancer Institute για την εφαρμογή του προγράμματος πρόληψης κατά του μελανώματος, ήταν οι νοσηλευτές να εξετάζουν, να εκτιμούν την κατάσταση του ασθενούς, να συμβουλεύουν και να εκπαιδεύουν τους ασθενείς σχετικά με τους κινδύνους του καρκίνου του δέρματος. Τονίστηκε ο συμβουλευτικός και ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή προς τους ασθενείς, οι οποίοι έχουν εκτιμηθεί ως υψηλού κινδύνου για καρκίνο του δέρματος, καθώς και των οικογενειών τους σχετικά με την πρόληψή του, δίνοντας έμφαση στην προστασία από τον ήλιο.

Η εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς δίνει τη δυνατότητα στο νοσηλευτή να παρέχει την κατάλληλη εκπαίδευση για τη διατήρηση της υγείας και της πρόληψης, προσφέροντας στο κοινό μεγαλύτερο έλεγχο και ευθύνη για τη δική τους υγεία (Fraser and McGuire, 1984). Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων τα οποία να στοχεύουν στην πρόληψη του καρκίνου του δέρματος με την ενημέρωση του ασθενή σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου καθώς και τα προληπτικά μέτρα που μπορεί να ακολουθήσει. Στα πλαίσια της εκπαίδευσής του προς τον ασθενή, ο νοσηλευτής επιβάλλεται να συμβάλει στην εφαρμογή προληπτικών και διαγνωστικών μεθόδων κατά του καρκίνου του δέρματος. Για παράδειγμα, διδάσκει τον ασθενή και την

οικογένειά του για σημαντικά μέτρα πρόληψης που σχετίζονται με την υπεριώδη ακτινοβολία (UVR), την προστατευτική ενδυμασία, την περιοδική αυτοεξέταση και τη χρήση των αντηλιακών.

2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φάση της διάγνωσης του καρκίνου του δέρματος είναι σημαντικός. Ο νοσηλευτής, τα τελευταία χρόνια αναλαμβάνει έναν πιο άμεσο ρόλο στη διάγνωση του καρκίνου του δέρματος, όπως την εκτέλεση της αρχικής αξιολόγησης και διαλογή των δερματικών αλλοιώσεων που αφορούν τους ασθενείς. Λαμβάνει, ταυτόχρονα, ακριβείς και σχετικές πληροφορίες για το ιστορικό του ασθενούς και έχει πλέον επαρκώς την αυτοπεποίθηση και είναι σε θέση να εκτελέσει μια εξέταση του δέρματος (Burr, 2015; Loescher, Janda, Soyer *et al.*, 2013). Συγκεκριμένα, στο Ηνωμένο Βασίλειο υπάρχουν κλινικές διάγνωσης βασικοκυτταρικού καρκινώματος στις οποίες ηγετικό ρόλο έχουν οι νοσηλευτές. Στόχος τους η αντιμετώπιση της αύξησης του ποσοστού του βασικοκυτταρικού καρκινώματος. Δυστυχώς, τα εξωτερικά ιατρεία δεν είναι σε θέση να χειρίζονται το μεγάλο αριθμό των ασθενών που έχουν ανάγκη αξιολόγησης του καρκίνου του δέρματος. Έτσι, σύμβουλοι νοσηλευτές εκτελούν την διαδικασία ελέγχου και διάγνωσης του καρκίνου του δέρματος και αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της διαδικασίας παραπομπής σε ειδικούς (Mullen and Jones, 2012).

Οι νοσηλευτές έχουν ως πρωταρχικό στόχο την πρόληψη του καρκίνου του δέρματος. Με τη χρήση εργαλείων για προσυμπτωματικό έλεγχο, με τη βελτίωση τεχνικών και με τον επαγγελματισμό τους, οι νοσηλευτές μπορούν να βελτιώσουν την έγκαιρη ανίχνευση και διάγνωση του καρκίνου του δέρματος (Roebuck, Moran, Macdonald *et al.*, 2015; Siegel, 2010). Ειδικά εκπαιδευμένοι νοσηλευτές μπορούν να εκτελέσουν μια συνολική φυσική εξέταση του δέρματος και να εντοπίσουν δερματικές αλλοιώσεις. Προκειμένου να παρέχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα στον ασθενή, οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με διαγνωστικά εργαλεία και βοηθήματα για την ανίχνευση και διάγνωση του καρκίνου του δέρματος. Κατά την κλινική εξέταση, μια ύποπτη αλλοίωση η οποία εντοπίζεται μπορεί να συμπληρωθεί από τη χρήση του οδηγού ABCDE (ΑΔΟΧΑ στα Ελληνικά) για την πρώιμη αναγνώριση του μελανώματος (Heasley *et al.*, 2006). Σε κέντρα όπου υπάρχει η δυνατότητα χρήσης δερματοσκόπησης, οι εκπαιδευμένοι νοσηλευτές μπορούν να εξετάσουν και να συγκρίνουν το σύνολο των ψηφιακών φωτογραφιών για την παρακολούθηση ασθενών, οι οποίοι βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για μελάνωμα και να καταλήξουν σε μια διάγνωση. Η έμπειρη δερματοσκοπική παρακολούθηση και η

ψηφιακή σύγκριση φωτογραφιών από τους νοσηλευτές, συμβάλλει στη συγκριτική αναγνώριση νέων αλλοιώσεων ή την εξέλιξη άτυπων αλλοιώσεων, όπου μαζί με το ιστορικό του ασθενούς μπορούν να αποτελέσουν βοήθημα για τους γιατρούς στους οποίους παραπέμπονται για να καταλήξουν σε μια σίγουρη απόφαση για βιοψία ύποπτων αλλοιώσεων (Marghoob and Scope, 2009).

Πράγματι, οι Jones και Colver (2011) έχουν τονίσει μέσα από την έρευνά τους τον όλο και πιο ενεργό ρόλο που διαδραματίζει ο νοσηλευτής στη διάγνωση του καρκίνου του δέρματος μέσα από τη συχνή εξέταση των ασθενών. Διερευνά μέσα από διαγνωστικές διαδικασίες τυχόν υποτροπή της νόσου ή αποδεικτικά στοιχεία για εμφάνιση ή έξαρσή της. Ζητά ιατρική γνώμатеυση, αν δει μια ύποπτη βλάβη και, ως εκ τούτου ενεργεί ως διαμεσολαβητής με το να είναι σε εγρήγορση για ασυνήθιστα χαρακτηριστικά και δερματικές βλάβες. Με την κατάλληλη εκπαίδευση σε τεχνικές διάγνωσης είναι δυνατόν να αναπτύξει ένα ασφαλές περιβάλλον στο οποίο να μπορεί να παρακολουθήσει παλιούς και νέους ασθενείς με υποψία καρκίνου του δέρματος και να τους παραπέμψει σε ειδικούς. Ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με αβλαβή δερματοπάθεια μπορούν να καθυστερούν και να αποφορτιστούν από τον κατάλληλα εκπαιδευμένο νοσηλευτή, ενώ τα άτομα με μικρές ζημιές από τον ήλιο μπορεί να πάρουν συμβουλές και κατάλληλη εκπαίδευση και καθοδήγηση για την πρόληψη του καρκίνου του δέρματος. Οι ασθενείς που παρουσιάζουν κακοήθειες καθοδηγούνται κατάλληλα από το σύμβουλο-νοσηλευτή για το σχέδιο θεραπείας και τη χρονική διάρκεια και που χρειάζεται για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου.

3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία του καρκίνου του δέρματος, και οι νοσηλευτικές του παρεμβάσεις έχουν κυρίως συμβουλευτικό, καθοδηγητικό και υποστηρικτικό χαρακτήρα (Allen, 2014) με σκοπό τη στήριξη των ασθενών σε κάθε στάδιο της νόσου στο οποίο βρίσκονται. Η στήριξη και καθοδήγηση κατά τη θεραπεία περιλαμβάνει ζητήματα που αφορούν τρόπους θεραπείας, διαχείριση του πόνου, διαχείριση των συμπτωμάτων, οικονομική στήριξη, παροχή κοινωνικής βοήθειας, διαχείριση στην αλλαγή εμφάνισης. Ταυτόχρονα, ο νοσηλευτής μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο συνδετικό κρίκο με τα υπόλοιπα μέλη της υποστηρικτικής και θεραπευτικής ομάδας στο νοσοκομείο, όσο και στο σπίτι, ώστε να εξασφαλίσει ο ασθενής όσο το δυνατό περισσότερη ανεξαρτησία και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του.

Η έρευνα των Phelan και Heneghan (2008) για το ρόλο του νοσηλευτή στη θεραπεία του καρκίνου του δέρματος, έδειξε ότι οι περισσότεροι από τους νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνά τους, ήταν αυτοί που έδωσαν τα αποτελέσματα της βιοψίας στους ασθενείς τους μέσω τηλεφώνου. Μιλώντας απευθείας σε έναν ασθενή, είχαν την ευκαιρία οι νοσηλευτές να στηρίξουν να συζητήσουν και να καθοδηγήσουν τους ασθενείς για τα μέτρα προστασίας από τον ήλιο, την ανάγκη για τακτική δερματολογική παρακολούθηση και για υπενθύμιση για την εκτέλεση της μηνιαίας αυτοεξέτασης του δέρματός τους.

Σε ότι αφορά στην στήριξη και καθοδήγηση κατά τη θεραπεία του καρκίνου του δέρματος με χημειοθεραπεία, η νοσηλευτική φροντίδα επιτυγχάνεται με τη χορήγηση φαρμάκων πριν και μετά τη θεραπεία με ιατρική εντολή, με την αναπλήρωση των υγρών και ηλεκτρολυτών για την πρόληψη αφυδάτωσης, με τη ρύθμιση της διατροφής του ασθενούς για εξασφάλιση της θρέψης με μικρά και συχνά γεύματα και ανάπαυση τουλάχιστον 2 ώρες μετά από κάθε γεύμα. Διατηρεί το περιβάλλον του ασθενούς καθαρό και φροντίζει για τη στοματική υγεία του (Σαπουντζή, 2004). Το πρόβλημα της διάρροιας από την τοξική επίδραση της χημειοθεραπείας αντιμετωπίζεται από το νοσηλευτή με τη χορήγηση υδρικής δίαιτας σε οξείες καταστάσεις για την αποφυγή αυξημένης εντερικής δραστηριότητας ή αντιδιαρροικών φαρμάκων με ιατρική οδηγία. Φροντίζει για την αποκατάσταση των απολεσθέντων υγρών και την παροχή τροφής και υγρών σε

θερμοκρασία μέτρια διότι τα πολύ ζεστά και τα κρύα προκαλούν ερεθισμό του εντέρου. Επίσης, φροντίζει για την τοπική καθαριότητα για την πρόληψη ερεθισμού από τις κενώσεις. Μπορεί η χημειοθεραπεία να προκαλέσει δυσκοιλιότητα και ο νοσηλευτής διευθετεί για την αποφυγή υποκλυσμών για την πρόληψη αιμορραγίας διότι υπάρχει αιμορραγική τάση. Ενθαρρύνει τον ασθενή να κινείται όσο το δυνατόν περισσότερο για την κινητοποίηση του εντέρου, παρέχει υπακτικά σύμφωνα με ιατρική οδηγία και παρακολουθεί για πιθανή μέλαινα κένωση (Σαπουντζή, 2004).

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

Σε ότι αφορά στην ακτινοθεραπεία, η οποία βασίζεται στη χορήγηση ψηλών δόσεων ενέργειας σε συγκεκριμένες περιοχές του σώματος με στόχο την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, προκύπτουν παρενέργειες που πρέπει να αντιμετωπιστούν από το νοσηλευτή (Σαχίνη and Πάνου, 2007). Η επίδραση της ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει ακτινοδερματίτιδα η οποία μπορεί να είναι διαφορετικού βαθμού από ερυθματώδης έως φουσαλιδώδης. Η νοσηλευτική αντιμετώπιση γίνεται με συχνό έλεγχο της περιοχής που ακτινοβολείται για ερυθρότητα, ξηρότητα ή και απολέπιση, με εφαρμογή κρέμας με ιατρική εντολή και με φροντίδα του δέρματος με χλιαρό νερό και ελαφρό σκούπισμα. Συστήνει στον ασθενή να αποφεύγει την έκθεση στον ήλιο, την ψηλή

θερμοκρασία ή το ψύχος, τυχόν τραυματισμούς, στενά ενδύματα, αποσμητικά και καλλυντικά, φάρμακα και ξύρισμα της περιοχής, λόγω ερεθισμού για μολύνσεις. Προτείνει πλούσιο διαιτολόγιο σε λευκώματα και βιταμίνες και τακτικό αιματολογικό έλεγχο. Συστήνει προσοχή ώστε να μην αφαιρεθεί το σημάδι από το σημείο ακτινοβολήσης της περιοχής (Σαχίνη και Πάνου, 2007).

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει μόλυνση του περιβάλλοντος γιατί μετά την ακτινοβολία ο ασθενής εκπέμπει ο ίδιος ακτινοβολία. Ο νοσηλευτής προετοιμάζει τον ασθενή για την καλύτερη δυνατή αποδοχή της θεραπείας και εξασφαλίζει τη συνεργασία του κατά την απομόνωσή του σε ειδικό θάλαμο. Φροντίζει ώστε να τοποθετεί στην πόρτα του θαλάμου το σύμβολο της ακτινοβολίας, τηρεί τους κανόνες της ακτινοπροστασίας κατά την νοσηλεία και εφαρμόζει τις οδηγίες για το χειρισμό των μολυσμένων απεκκριμάτων. Ο ρόλος του επεκτείνεται και στην ενημέρωση του ίδιου του ασθενούς και των συγγενών του για τον σκοπό της απομόνωσης. Χρησιμοποιεί τα κατάλληλα μέσα ατομικής προστασίας και εφαρμόζει δοσίμετρο για την μέτρηση της ακτινοβολίας (Σαχίνη και Πάνου, 2007).

Ο πόνος αποτελεί ένα από τα προβλήματα που ενδέχεται να αντιμετωπίσει ο ασθενής κατά τη θεραπεία λόγω πίεσης των αισθητικών απολήξεων των νεύρων των οργάνων ή μόλυνσης του όγκου. Μπορεί να είναι συνεχής ή χρόνιος ποικίλης έντασης. Ο νοσηλευτής φροντίζει για την αντιμετώπιση του πόνου με την αλλαγή στη θέση του με ήπιους χειρισμούς, με υποστήριξη με μαξιλάρια τα οποία τοποθετεί σε κατάλληλη θέση για την αποφυγή μυϊκών συσπάσεων και τη βελτίωση της αναπνοής και της κυκλοφορίας. Είναι σημαντικό να ενημερώνει τον ασθενή σχετικά με το πρόγραμμα νοσηλείας ιδιαίτερα πριν από κάθε επώδυνη πράξη και να κάνει προεγχειρητική διδασκαλία και να παρέχει μετεγχειρητική βοήθεια στον ασθενή για κινήσεις και ασκήσεις ώστε να περιοριστεί ο πόνος. Να επιδιώκει την ψυχολογική υποστήριξή του και να εξασφαλίζει το κατάλληλο περιβάλλον με περιορισμό θορύβων και να συστήνει ύπνο και ανάπαυση και μασάζ για να ανακουφίζει τον ασθενή. Φροντίζει για τη χορήγηση αναλγητικών κατόπιν ιατρικής οδηγίας και την εφαρμογή είτε θερμών, είτε ψυχρών επιθεμάτων αναλόγως της περίπτωσης. Οι κινήσεις του νοσηλευτή πρέπει να είναι πολύ προσεκτικές κατά τις αλλαγές και κάθε ιατρονοσηλευτική πράξη για ελάττωση του πόνου (Αθανασιάδης, 2008).

4. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Η αποκατάσταση ορίζεται ως η δυναμική διαδικασία μέσα από την οποία ένας ασθενής, με τη βοήθεια επαγγελματιών, φτάνει στη ψυχοκοινωνική του ένταξη και λειτουργία. Γίνεται μια συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών και εκπαιδευτικών επαγγελματικών μέτρων με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς με όσο το δυνατό μικρότερη εξάρτηση από άλλους (Ρηγάτος, 2007). Το κοινωνικό στίγμα που ακολουθεί τους ασθενείς και ο οίκτος που εκπέμπει το κοινωνικό σύνολο για τα άτομα αυτά, οδηγούν στην κοινωνική απομόνωση. Οι ασθενείς εκτίθενται στην ανεξέλεγκτη αντίδραση της κοινωνίας επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής τους (Καράμπελας, 2001).

Ο νοσηλευτής επικεντρώνεται στην ανάκτηση του ασθενούς, στον μέγιστο δυνατό βαθμό, της σωματικής και ψυχολογικής του ισορροπίας ώστε να επιστρέψει στην καθημερινότητά του. Ο νοσηλευτής φροντίζει ώστε τόσο ο ασθενής, όσο και η οικογένειά του, να συνεργάζονται με ομάδα ειδικών συμπεριλαμβανομένου γιατρών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, πνευματικών, φυσιοθεραπευτών και εθελοντών για τη ψυχοκοινωνική αποκατάστασή του. Γι' αυτό κατά τη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση εμπλέκει ενεργά τον άμεσο κοινωνικό περίγυρο (Ρηγάτος, 2007). Συμβάλλει αποφασιστικά στην εφαρμογή ενός προγράμματος αποκατάστασης του ασθενούς εξασφαλίζοντας μια ανοικτή επικοινωνία μαζί του για τη δημιουργία και τη διαφύλαξη διαπροσωπικού κλίματος μέσα από επικοινωνιακό διάλογο (Αναγνωστόπουλος, 2003). Ο ρόλος του επικεντρώνεται στην εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς μετά τη θεραπεία και την ενίσχυση της αυτοεκτίμησής του. Επιδιώκει την προαγωγή της αποτελεσματικότητας των ικανοτήτων και των δυνατοτήτων του για να γίνει ικανός για την ρεαλιστική αντιμετώπιση της κατάστασής του.

Μέσα από τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στα οποία ο νοσηλευτής αποτελεί σημαντικό στοιχείο, βοηθά τον ασθενή να οργανωθεί σε σχέση με τον εαυτό του και το περιβάλλον του για να ακολουθήσει μια ανοδική πορεία μετά τη θεραπεία του (Ρηγάτος, 2007). Στόχος όλων αυτών των προγραμμάτων είναι η αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργούνται μετά τη θεραπεία και η αντιμετώπιση τους για την ομαλή ένταξη στο κοινωνικό σύνολο. Ταυτόχρονα, γίνονται προσπάθειες ψυχολογικής

στήριξης για απαλλαγή από το φόβο, το θυμό ή την κατάθλιψη και την ενίσχυση της θετικής σκέψης, της ελπίδας και του πόθου για ένα καλύτερο αύριο. Οι ασθενείς νοιώθουν καλύτερα όταν μπορούν να μιλούν ανοιχτά με τους συγγενείς και τους φίλους τους για την ασθένεια τους και τα συναισθήματά τους.

Τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, όπως αυτά έχουν διαμορφωθεί μέχρι σήμερα, έχουν διαιρεθεί σε τρία επίπεδα, τα οποία είναι άρρηκτα συνδεδεμένα μεταξύ τους και το ένα αποτελεί συνέχεια του άλλου (Μπασμπέας, 1991). Στο πρώτο επίπεδο, εντάσσεται το άτομο μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία. Το άτομο εκφράζει φόβους για μεταστάσεις, για θάνατο και επιβάλλεται η ανάγκη προσαρμογής εκ νέου στη ζωή. Ο νοσηλευτής στο επίπεδο αυτό στοχεύει στο να μάθει το άτομο να αισθάνεται θετικά και να έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του, να εκφράζει τα συναισθήματά του ελεύθερα, τις αντιλήψεις και τις ανάγκες του, έστω και αν όλα αυτά δεν είναι πλήρως αποδεκτά από τους άλλους, ώστε να βρει τη δύναμη και την ελπίδα να αγωνιστεί για τη ζωή του. Πιο συγκεκριμένα, ο νοσηλευτής βοηθά το άτομο να εκφράσει τα συναισθήματά του (φόβο, άγχος, κατάθλιψη), να χειριστεί σωστά και να αντιμετωπίσει τα άμεσα προβλήματα που συνδέονται με την ασθένειά τους, να βοηθήσει το άτομο να ζήσει τη ζωή του με τη γνώση της σοβαρής ασθένειας και των συνεπειών της, ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και τις άλλες οποιεσδήποτε ανησυχίες τον διακατέχουν. Ο νοσηλευτής συμβάλλει στην προσαρμογή του ατόμου στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού και το ενεργοποιεί προς την κοινωνική του επανένταξη.

Στο δεύτερο επίπεδο, το άτομο αν το επιθυμεί, μπορεί να ενταχθεί σε ομάδα στήριξης, η οποία έχει ψυχοθεραπευτικό σκοπό. Ο νοσηλευτής που ανήκει σε αυτή την ομάδα, βοηθά το άτομο να αυτοοργανωθεί σε σχέση με τον εαυτό του και το περιβάλλον του, για να οδηγηθεί σε μια συνεχή ανοδική πορεία. Ο ρόλος του νοσηλευτή επεκτείνεται στην επαναφορά των αξιών της ζωής και στο να θέσει το άτομο στόχους, τους οποίους πρέπει να εκπληρώσει. Ενθαρρύνει το άτομο να επιστρέψει στο εργασιακό του περιβάλλον, το οποίο αποτελεί μικρογραφία της κοινωνίας. Τον ενθαρρύνει, αρχικά, να επιστρέψει στην εργασία του, ώστε να δραστηριοποιηθεί ξανά και να καταξιωθεί στο κοινωνικό σύνολο. Άτομα που είναι ικανά να εργαστούν ενθαρρύνονται και βοηθούνται από το νοσηλευτή στα ειδικά επαγγελματικά προβλήματά τους, τα οποία πιθανόν να προκαλούνται λόγω

σωματικής κόπωσης (Αθανάτου, 2004). Στο τελευταίο επίπεδο εντάσσονται τα άτομα που θέλουν να ανήκουν στην ομάδα του εθελοντή. Ο νοσηλευτής εκπαιδεύει τους εθελοντές, οι οποίοι μαθαίνουν να διαχειρίζονται τα πρακτικά και συναισθηματικά τους προβλήματα, όπως αυτά έχουν προκύψει από την ασθένειά τους για να μπορούν να βοηθήσουν και να στηρίξουν ασθενείς οι οποίοι περνούν τα ίδια που πέρασαν κι αυτοί (Μπασμπέας, 1991)

Ο νοσηλευτής στα πλαίσια των προσπαθειών του να στηρίξει τα άτομα με καρκίνο του δέρματος, εφαρμόζει, αξιολογεί, και αναπροσαρμόζει τις παρεμβάσεις του, μεταφέροντας το μήνυμα της ασφάλειας στο ασθενή. Στηρίζεται πάντα στην τεκμηριωμένη επιστημονική γνώση, στην εμπειρική γνώση που προέρχεται από τα χρόνια εργασίας και στην επικαιροποίηση των γνώσεων του. Η αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής παρέμβασης διαφαίνεται από την ανακούφιση των συμπτωμάτων που βιώνει ο ασθενής κατά τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη ψυχοκοινωνική αποκατάστασή του, την επανάκτηση του ελέγχου του εαυτού του, τη ψυχοσωματική ασφάλεια που θα νιώσει ξανά και την ετοιμότητά του να επιστρέψει στην καθημερινότητα του.

Γ΄ ΜΕΡΟΣ

1. Πρόσφατες έρευνες και νέα δεδομένα

Σύμφωνα με τους Leiter *et al* (2014), ο καρκίνος του δέρματος (μελάνωμα και μη-μελάνωμα) είναι σήμερα οι πιο κοινοί τύποι καρκίνου στο λευκό πληθυσμό, με αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης σε όλο τον κόσμο, αλλά μια σταθερή μείωση του ποσοστού θνησιμότητας. Τα ποσοστά θνησιμότητας δείχνουν μια σταθεροποίηση στις ΗΠΑ, την Αυστραλία, αλλά και σε ευρωπαϊκές χώρες. Παρόλα αυτά, η αύξηση της εμφάνισης στις επόμενες δεκαετίες αναμένεται να ανέλθει στους 40-50 ανά 100.000 κατοίκους ανά έτος. Ο καρκίνος μη-μελανώματος είναι η πιο κοινή μορφή καρκίνου σε άτομα με λευκό δέρμα με παγκόσμια αυξανόμενη συχνότητα και πιθανόν να προκαλείται από έναν συνδυασμό της αυξημένης έκθεσης σε υπεριώδη ακτινοβολία (UV) ή το φως του ήλιου, αυξημένες υπαίθριες δραστηριότητες, αλλαγές στον τρόπο ένδυσης, αυξημένη διάρκεια ζωής, καταστροφή του όζοντος, γενετική προδιάθεση και σε ορισμένες περιπτώσεις λόγω της ανοσοκαταστολής. Μια έντονη έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία αποτελεί την αιτία για την ανάπτυξη του βασικοκυτταρικού καρκινώματος. Το ακανθοκυτταρικό μελάνωμα παρουσιάζει την πιο ραγδαία αύξηση σε λευκούς πληθυσμούς, κατά τις τελευταίες 3 δεκαετίες με ποσοστά εμφάνισης να έχουν αυξηθεί έως και 5 φορές. Το 2008 βρισκόταν στην πέμπτη θέση στις γυναίκες και στην όγδοη θέση στους άνδρες στους πιο κοινούς όγκους στη Γερμανία. Εκστρατείες πρόληψης στοχεύουν στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης του μελανώματος και την επίτευξη έγκαιρης διάγνωσης.

Πρόσφατα, οι Wiznia *et al* (2013) επιδίωξαν να διερευνήσουν εάν η χρήση σολάριουμ αυξάνει τη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του δέρματος (μη-μελάνωμα). Επιδίωξαν μέσα από την έρευνά τους να καθορίσουν εάν ο βαθμός χρήσης σολάριουμ μεταξύ των επιζώντων από καρκίνο του δέρματος διέφερε από το γενικό πληθυσμό. χρησιμοποίησαν δεδομένα του 2010 για τον καρκίνο του δέρματος τα οποία έχουν ληφθεί από την National Health Interview Survey, για την αξιολόγηση αυτο-αναφερόμενης χρήσης σολάριουμ κατά τους προηγούμενους 12 μήνες σε επιζώντες από καρκίνο του δέρματος (μη-μελάνωμα) σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς ιστορικό καρκίνου του δέρματος. Τα αποτελέσματα

έδειξαν ότι το 2010, 24.941 άνθρωποι συμμετείχαν στην έρευνα, 1,85% από τους οποίους είχαν αυτο-αναφερόμενο ιστορικό καρκίνου του δέρματος (μη-μελάνωμα). Στη μονοπαραγοντική ανάλυση, οι επιζώντες του καρκίνου του δέρματος (μη-μελάνωμα) ήταν σημαντικά λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιούν το σολάριουμ κατά τους προηγούμενους 12 μήνες (2,16 έναντι 5,61%, $p < 0,001$). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, ωστόσο, οι επιζώντες από καρκίνο του δέρματος (μη-μελάνωμα) ήταν εξίσου πιθανό να χρησιμοποιούν σολάριουμ με εκείνους που δεν είχαν ποτέ καρκίνο του δέρματος. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι κατά τον έλεγχο για άλλους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες, οι επιζώντες από καρκίνο του δέρματος (μη-μελάνωμα) δεν ήταν λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιούν σολάριουμ από τον γενικό πληθυσμό. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν την ανάγκη να εκπαιδεύσουμε καλύτερα επιζώντες από καρκίνο του δέρματος για τον αυξημένο κίνδυνο μελλοντικών καρκίνων του δέρματος με τη συνεχή χρήση σολάριουμ.

Οι Katalinic *et al* (2012) διεξήγαγαν μια έρευνα στο Schleswig Holstein στη Γερμανία από την 1η Ιουλίου 2003 μέχρι 30 Ιουνίου 2004. Η έρευνα αφορούσε τον προληπτικό έλεγχο του καρκίνου του δέρματος ατόμων ηλικίας 20 ετών και άνω. Συνολικά, 360.288 άτομα επιλέγηκαν και εξετάστηκαν σε ολόκληρο το σώμα. Στην έκθεση αυτή, οι ερευνητές συγκρίνουν τις τάσεις για θνησιμότητα από μελάνωμα στο Schleswig-Holstein και σε όλες τις παρακείμενες περιοχές σε πληθυσμό ο οποίος δεν πέρασε από προληπτικό έλεγχο του καρκίνου του δέρματος. Έγινε σύγκριση στα ποσοστά θνησιμότητας του μελανώματος για το Schleswig-Holstein και των γειτονικών περιοχών (Δανία και γερμανικές ομοσπονδιακές πολιτείες της Μεκλεμβούργου-Δυτικής Πομερανίας, Αμβούργο και Κάτω Σαξονία) και στη Γερμανία με εξαίρεση το Schleswig-Holstein. Τα αποτελέσματα της έρευνας δίνουν ισχυρά αποδεικτικά στοιχεία, αλλά όχι απόλυτη απόδειξη, ότι το πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου του καρκίνου του δέρματος συνέβαλε στη μείωση της θνησιμότητας του μελανώματος στο Schleswig-Holstein.

Σύμφωνα με τους Chinembiri *et al* (2014) τα περισσότερα φάρμακα κατά του καρκίνου που προέρχεται από φυσικούς πόρους όπως οι θαλάσσιες, μικροβιακές και βοτανικές πηγές. Το κακοήθες μελάνωμα είναι η πιο επιθετική μορφή καρκίνου του δέρματος, με ένα υψηλό ποσοστό θνησιμότητας. Διάφορες θεραπείες για κακοήθες μελάνωμα είναι

διαθέσιμες, αλλά λόγω της αντίστασης των πολυφαρμάκων, οι χημειοθεραπείες έχουν σχετικά χαμηλά ποσοστά επιτυχίας. Αυτό υπογραμμίζει τη σημασία της ανακάλυψης νέων ενώσεων που είναι ασφαλείς και αποτελεσματικές κατά του μελανώματος. Διάφορες πειραματικές δοκιμές στα κύτταρα μελανώματος προσφέρουν την ευκαιρία για τον προσδιορισμό των μηχανισμών δράσης των φυτικών ενώσεων και εκχυλισμάτων. Τέτοιες ενώσεις συμβάλλουν στην αναστολή του πολλαπλασιασμού των κυττάρων και την αναστολή της μετάστασης. Οι πιο πάνω ερευνητές συζητούν την αποτελεσματικότητα φυτοχημικών όπως φλαβονοειδή, καρροτενοειδή, τερπενοειδή, βιταμίνες, σουλφοραφάνη, κάποιες πολυφαινόλες και τα ακατέργαστα φυτικά εκχυλίσματα για την καταπολέμηση του καρκίνου του δέρματος.

Οι Syed *et al* (2014) στο άρθρο τους ότι υπάρχει αυξημένη εκτίμηση από την επιστημονική κοινότητα ότι η διατροφή με φυτοχημικά μπορεί να αποτελέσει πιθανό όπλα στη μάχη κατά του καρκίνου. Δεδομένα έχει δώσει νέες ιδέες για τη δημιουργία νέων στρατηγικών που βασίζονται σε μηχανισμούς για την πρόληψη του καρκίνου από τα βιοενεργά συστατικά των τροφίμων. Η μοναδική χημική σύνθεση του ροδιού, το οποίο είναι πλούσιο σε αντιοξειδωτικά, τανίνες και φλαβονοειδή, έχει επιστήσει την προσοχή πολλών ερευνητών. Πλούσιο σε πολυφαινόλη, το ρόδι έχει μελετηθεί για τις πιθανές χημειοπροληπτικές του ιδιότητες ή και τα θεραπευτικά αποτελέσματά κατά του καρκίνου του δέρματος και άλλες μορφές καρκίνου. Παρότι τα δεδομένα σε *in vitro* και *in vivo* μελέτες φαίνονται πειστικά, επιβάλλονται καλά σχεδιασμένες κλινικές δοκιμές σε ανθρώπους για να διαπιστωθεί αν το ρόδι μπορεί να χρησιμοποιηθεί ενάντια στον καρκίνο του δέρματος.

Ο Ioannides (2012) στην έρευνά του αναφέρει ότι το κακόηθες μελάνωμα, το οποίο αποτελεί μορφή καρκίνου του δέρματος με την υψηλότερη θνησιμότητα, έχει συνδεθεί με τις γυναικείες ορμόνες και την εγκυμοσύνη. Παραδέχεται ότι υπάρχουν ακόμα αδιευκρίνιστα σημεία, αλλά αναγνωρίζει ότι η χορήγηση αντισυλληπτικών και ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης δεν αντενδείκνυται σε γυναίκες που νόσησαν και αντιμετωπίστηκαν για μελάνωμα. Οι τελευταίες συνιστάται να αναβάλουν δύο έως τρία έτη, μετά το πέρας της θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου, μελλοντική εγκυμοσύνη, η οποία φαίνεται ότι δεν επηρεάζει αρνητικά την εξέλιξη του μελανώματος. Έγκυες

γυναίκες που εμφανίζουν νόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αντιμετωπίζονται, σύμφωνα με διεθνώς αποδεκτές αρχές, ανάλογα με την ηλικία της κύησης. Τέλος, η νόσος σπάνια κάνει μετάσταση στον πλακούντα και ακόμα σπανιότερα στο έμβρυο/νεογνό.

Οι Lavdaniti και Zyga (2012) στην ερευνά τους περιγράφουν το ρόλο του νοσηλευτή στην ογκολογική ακτινοβολία. Βρήκαν μέσα από βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικών άρθρων στις βάσεις δεδομένων PubMed και Scopus ότι ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος και επικεντρώνεται στην αξιολόγηση του ασθενή και στην εκπαίδευση του ασθενή και της οικογένειάς του. Ο ρόλος του είναι υποστηρικτικός και συμβουλευτικός. Εστιάζεται κυρίως στη διεξαγωγή των κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων που θα ανακουφίσουν τον ασθενή από τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές πρέπει να είναι γνώστες της τεχνολογίας που χρησιμοποιείται στην ακτινοθεραπεία, έτσι ώστε να μπορέσουν να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς τους και να παρέχουν ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα. Αλλαγές στο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης και οι αλλαγές στη θεραπεία και την τεχνολογία που συνδέεται με αυτήν, ώστε να συνεχίζουν να φροντίζουν τους ασθενείς τους. Επίσης, οι νοσηλευτές πρέπει να συνεργάζονται και να επικοινωνούν με άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας και να ενσωματώνουν αποδείξεις στην πράξη.

Επιπλέον, οι Burdon-Jones και Gibbons (2012) διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα των ερωτηματολογίων για την ποιότητα ζωής των ασθενών με μη-μεταστατικό καρκίνο του δέρματος. Τα ερωτηματολόγια αποδεικνύονται μη ικανοποιητικά. Στόχος των ερευνητών ήταν να κατασκευαστεί και να καταστεί έγκυρο και αξιόπιστο ένα ειδικό ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής των ασθενών, αποτελούμενο από 10 ερωτήματα, για χρήση από ασθενείς κατά τη θεραπεία του μη-μεταστατικού καρκίνου του δέρματος. Το ερωτηματολόγιο αυτό κατασκευάστηκε και χορηγήθηκε αρχικά σε 120 ασθενείς με μη-μεταστατικό καρκίνο του δέρματος, 60 ασθενείς με κακόηθες μελάνωμα και 60 με καρκίνο του δέρματος (μη-μελανώματος) μετά τη θεραπεία. Το ερωτηματολόγιο επαναχορηγείται σε επτά ημέρες και σε τρεις μήνες. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με βάση την ηλικία, το φύλο, τον τύπο του καρκίνου του δέρματος και το πάχος Breslow. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι έγκυρο και αξιόπιστο και έχει τη

δυνατότητα να διερευνήσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του δέρματος. Οι Youl, *et al* (2015) διερεύνησαν την επίδραση μιας θεωρίας που σχετίζεται με παρέμβαση μέσω SMS (γραπτό μήνυμα), το οποίο αποτελεί κειμένου συμβουλές που στοχεύουν στην προστασία από τον ήλιο ή συμβουλές για αυτοεξέταση του δέρματος και συγκρίθηκαν με μια ομάδα ελέγχου από άτομα που δίνουν απλά προσοχή χωρίς συμβουλές. Συνολικά, συμμετείχαν 546 συμμετέχοντες ηλικίας 18-42 ετών που αποτελούσαν τυχαιοποιημένο δείγμα και έλαβαν 21 μηνύματα (SMS) σχετικά με το θέμα τους. Η έρευνα διήρκεσε πάνω από 12 μήνες (12 εβδομαδιαία μηνύματα για 3 μήνες, και μετά μηνιαία μηνύματα για τους επόμενους 9 μήνες). Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω τηλεφωνικής έρευνας από τον Ιανουάριο του 2012 μέχρι τον Αύγουστο του 2013. Ένα χρόνο μετά την έναρξη της θεραπείας, η ομάδα προστασία από τον ήλιο και οι ομάδες αυτοεξέτασης του δέρματος είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση στις συνήθειές τους για προστασία από τον ήλιο σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Η παρέμβαση των SMS ήταν αποτελεσματική γιατί σημαντικές βελτιώσεις παρουσιάστηκαν στη συμπεριφορά του δείγματος.

Η μελέτη των Glanz *et al* (2013), αξιολόγησε μια προσαρμοσμένη παρέμβαση για την προώθηση προστασίας από τον ήλιο στους γονείς και τα παιδιά τους, υποθέτοντας ότι η προσαρμοσμένη παρέμβαση θα οδηγήσει σε βελτίωση των συμπεριφορών για την πρόληψη του καρκίνου του δέρματος. Οικογένειες είχαν επιλεγεί μέσω των σχολείων και των κοινοτικών κέντρων, με παιδιά των Α' μέχρι Γ' τάξεων με υψηλό κίνδυνο για καρκίνο του δέρματος. Οι συμμετέχοντες ήταν τυχαιοποιημένο δείγμα και συμπεριλήφθηκαν σε μία από τις δύο ομάδες παρέμβασης: μια προσαρμοσμένη παρέμβαση, στην οποία έλαβαν εξατομικευμένη εκπαίδευση για τον καρκίνο του δέρματος μέσω ταχυδρομείου, και η ομάδα ελέγχου που έλαβε γενικό ενημερωτικό υλικό για τον καρκίνο του δέρματος. Πριν και μετά την παρέμβαση, οι γονείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σχετικά με τον κίνδυνο καρκίνου του δέρματος γι' αυτούς και τα παιδιά τους και τη γνώση και στάσεις τους για την πρόληψη κατά του καρκίνου του δέρματος. Οι γονείς εκτέθηκαν στον ήλιο για 4 μέρες και συμπλήρωσαν ημερολόγια έκθεσης στον ήλιο γι' αυτούς και τα παιδιά τους. Οι γονείς που πέρασαν από εκπαίδευση έδειξαν σημαντικά μεγαλύτερες θετικές αλλαγές στη συμπεριφορά τους για την πρόληψη μετά την παρέμβαση, συμπεριλαμβανομένου της χρήσης των αντηλιακών για τα παιδιά τους, μπλουζάκια και

καπέλα, και τη χρήση της σκιάς από τους ίδιους και τα παιδιά τους, καθώς και εξέταση του δέρματος. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της εστίασης στην προσαρμοσμένη παρέμβαση/εκπαίδευση προς τις οικογένειες, προκειμένου να αλλάξουν τις πρακτικές πρόληψης του καρκίνου του δέρματος κυρίως σε μικρά παιδιά.

Βιβλιογραφία:

Ξένη βιβλιογραφία:

Aim at Melanoma Foundation (2016). Melanoma Stats, Facts and Figures (2016). Διαθέσιμο από <https://www.aimatmelanoma.org/about-melanoma/melanoma-stats-facts-and-figures/>. Έγινε πρόσβαση στις 8 Απριλίου 2016.

Alam M, Ratner D. (2001) Cutaneous squamous-cell carcinoma. *N Engl J Med.*, pp344:975–983.

Allen, H. (2014). The role of the clinical nurse specialist for skin cancers. Oxford University Hospitals NHS Trust. Διαθέσιμο από <http://www.ouh.nhs.uk/patient-guide/leaflets/files%5C10723Pcnssskin.pdf>. Έγινε πρόσβαση στις 30 Ιουλίου 2016.

American Cancer Society (2016). American Cancer Society Skin Cancer Prevention Activities. Διαθέσιμο από <http://www.cancer.org/healthy/morewaysacshelpsyoustaywell/acs-skin-cancer-prevention-activities>. Έγινε πρόσβαση στις 13 Μαΐου 2016.

Back L.A., Curtis R.J. (2002) Communicating bad news. *West J Med*, pp.176:177– 180.

Boyle P, Dore JF, Autier P *et al.* European Institute of Oncology Advisory Group Report on Prevention and Control of Melanoma. *Eur J Cancer* (in press).

Boyle P, Smans M. (2003). Cancer Mortality Atlas of European Union, 1993–1997. Oxford, UK: Oxford University Press.

Brittan AJ. (1999). Diagnosis of melanoma, *Eur J Nucl Med*, pp 26: 76-83.

Burdon-Jones, D. and Gibbons, K. (2012). The Skin Cancer Quality of Life Impact Tool (SCQOLIT): a validated health-related quality of life questionnaire for non-metastatic skin cancers. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* 27 (9). pp.1109-1113.

Burr S. (2015). The assessment, history taking and differential diagnosis of pigmented skin lesions. *Dermatological Nursing.* 14(4): 18-22. PMID: 112187872. Language: English. Entry Date: In Process. Revision Date: 20160326. Publication Type: Article. Journal Subset: Europe.

Canadian Association of Nurses in Oncology (CANO) (2001). *CANO standards of care, roles in oncology nursing, and role competencies*. Retrieved September 17, 2005 from the Canadian Association of Nurses in Oncology Web site: www.cos.ca/cano/web/en/index.html

Cancer Research UK (2015). Stages of Melanoma. Διαθέσιμο από www.cancerresearchuk.org. Έγινε πρόσβαση στις 7 Μαΐου 2016.

Cancer Research UK (2016). Skin Cancer. Διαθέσιμο από www.cancerresearchuk.org. Έγινε πρόσβαση στις 20 Απριλίου 2016.

Chinembiri T., du Plessis L.H., Gerber M. *et al* (2014). Review of Natural Compounds for Potential Skin Cancer Treatment. *Molecules* 2014, 19(8), pp. 11679-11721.

Dayan, N. (2006). Stratum corneum: the role of lipids and ceramides. *Cosmetics and toiletries*, 121(1), 37.

De Vries E, Bray FI, Coebergh JW, Parkin DM. (2003) Changing epidemiology of malignant cutaneous melanoma in Europe, 1953–1997: Rising trends in incidence and mortality but recent stabilizations in Western Europe and decreases in Scandinavia. *Int J Cancer*, 107, pp.119–126.

Edman RL, Wolfe JT. (2000). Prevention and early detection of malignant melanoma. *Am Fam Physician*; 62: 2277-84.

Ell PJ, Gambhir SS. (2004) *Nuclear Medicine in Clinical Diagnosis and Treatment*. 3rd edn. London: Churchill Livingstone.

Elwood, J. M., and Jopson, J. (1997). Melanoma and sun exposure: an overview of published studies. *Int J Cancer*, 73, pp.198-203.

euMedline (2016). Στοιχεία σοκ σε διεθνές συνέδριο για τον καρκίνο του δέρματος. Διαθέσιμο από <http://www.eumedline.eu/post/Stoixeia-sok-se-diethnes-synedrio-gia-ton-karkino-toy-dermatos>. Έγινε πρόσβαση στις 18 Απριλίου 2016.

Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. (2012). GLOBOCAN 2012 v1.1, Cancer Incidence and Mortality

Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2014. Διαθέσιμο από <http://globocan.iarc.fr>. Έγινε πρόσβαση στις 10 Απριλίου 2016.

Fraser, M.C., and McGuire, D.B. (1984). Skin cancer's early warning system. *American Journal of Nursing*, 84(10), 1232-1236.

Gandini, S., Autier, P., and Boniol, M. (2011). Reviews on sun exposure and artificial light and melanoma. *Prog Biophys Mol Biol*, 107, pp. 362-366.

Giles GG, Armstrong BK, Burton RC *et al.* (1996). Has mortality from melanoma stopped rising in Australia? Analysis of trends between 1931 and 1994. *Br Med J*; 312, pp. 1121–1125.

Guill, C.K., and Orengo, I. (2001). Cutaneous malignant melanoma. *Dermatology Nursing*, 13(3), 210-213

Hawk John *et al* (2012), Δέρμα και Ήλιος, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, σελ 41– 51.

Heasley D. *et al*, (2006), Pathology of malignant melanoma, The surgical clinics of North America, Τεύχος 73, σελ 1223 – 1255.

Heminski, C., Zhang, H., and Czene, K. (2003). Incidence trends and familial risks in invasive and in situ cutaneous melanoma by sun-exposed body sites. *Int J Cancer*, 104, pp.764-771.

Igarashi, T., Nishino, K., and Nayar, S. K. (2007). The appearance of human skin: A survey. *Foundations and Trends® in Computer Graphics and Vision*, 3(1), pp.1-95.

Ioannides, C. (2012). Melanoma, female hormones and pregnancy. *Hellenic Journal of Obstetrics and Gynecology*. 11 (2), pp.75-86.

Jemal A, Devesa SS, Fears TR, Hartge P. (2000). Cancer surveillance series: changing patterns of cutaneous malignant melanoma mortality rates among whites in the United States. *J Natl Cancer Inst*; 92, pp.811-818.

Jones N, Colver GB (2011) Skin Cancer Nurses - A Screening Role. *J Clin Exp Dermatol Res* 2:130.

Karagas MR, Stannard VA, Mott LA, Slattery MJ, Spencer SK, Weinstock MA. (2002). Use of tanning devices and risk of basal cell and squamous cell skin cancers. *J Natl Cancer Inst*;94, pp.224–226.

Katalinic, A., Waldmann, A., Weinstock M.A., Geller, A.C. *et al.*, (2012). *Cancer*. 118 (21) pp. 5395-5402.

Kirsner RS, Mukherjee S, Federman DG. (1999). Skin cancer screening in primary care: prevalence and barriers. *J Am Acad Dermatol*;41:564-6.

Lavdaniti, M. and Zyga, S. (2012). New perspectives in the nursing role in cancer patients undergoing radiotherapy. *Interscientific Health Care* . 2012, Vol. 4 Issue 1, p13-17.

Loescher LJ, Janda M, Soyer HP, et al. (2013). Advances in Skin Cancer Early Detection and Diagnosis. *Seminars in Oncology Nursing*. 29(3): 170-81. PMID:23958215. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2013.06.003>

Leiter, U., Eigentler, T. and Garbe, C. (2014). *Epidemiology of Skin Cancer*.

Lemone P., and Burke K. (2006). *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική*. Μπφρ. Παναουδακη-Μπροκαλάκη, Η. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός.

Levi F, Randimbison L, Te VC, La Vecchia C. (2005). High constant incidence rates of second cutaneous melanomas. *Melanoma Res*; 15, pp.73-75.

Marghoob AA, Scope A. (2009). The complexity of diagnosing melanoma. *The Journal of Investigative Dermatology*. 2009; 129(1): 11-3. Epub 2008/12/17. PMID:19078984. <http://dx.doi.org/10.1038/jid.2008.388>

Milton GW, Shaw HM, McCarthy WH *et al.* (1982). Prophylactic lymph node dissection in clinical stage I cutaneous malignant melanoma: results of surgical treatment in 1319 patients. *Br J Surg* ; 69, pp. 108–11.

Moore, S. (2002) *Nursing. The toughest task: how to break bad news. Excellence in Clinical Practice* 3.2, pp 1–3. University of Michigan Hospitals and Health Centres. Available at: <http://www.med.umich.edu/patientsafetytoolkit/disclosure/howto.doc>.

Mullen L, Jones C. (2012). A service evaluation of a new nurse consultant-led basal cell carcinoma clinic. *Dermatological Nursing*. 13(3): 39- 44 6p. PMID:107830520. Language:

English. Entry Date: 20141017. Revision Date: 20150820. Publication Type: Journal Article

National Cancer Institute. (2003). Screening for Skin Cancer (PDQ; Patient Version). In *NCI Cancer Information*. Retrieved March 9, 2016 from: <http://cancer.gov/cancerinfo/pdq/screening/skin/patient> .

Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J *et al.* (2003). *Cancer Incidence in Five Continents Vol VIII*. Lyons, France: IARC.

Phelan, D. and Heneghan, M. (2008). A Survey of Skin Cancer Screening Practices Among Dermatology Nurses. *DERMATOLOGY NURSING/October 2008/Vol. 20/No. 5*, p.p. 357-364.

Po-Lin So, *Skin cancer*, Infobase Publishing, (2008). Book section Sunlight, Vitamin D and Skin Cancer. New York: Springer.

Razavi D., Merckaert I., Marchal S., Libert Y., Conradt S., Boniver J. *et al.* (2003). How to optimise physicians' communication skills in cancer care: results of a randomised study assessing the usefulness of post training consolidation workshops. *J Clin Oncol*, 21, pp.3141–3149.

Roebuck H, Moran K, Macdonald DA, *et al.* (2015). Assessing skin cancer prevention and detection educational needs: An andragogical approach. *The Journal for Nurse Practitioners*. 11(4): 409-16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2015.01.036>

Siegel V. (2010). Exploring the role of the nurse in skin cancer prevention. *Dermatology Nursing*. 22(6): 18-22.

Skin Cancer Foundation (2010). Βασικοκυτταρικό Καρκίνωμα. Διαθέσιμο από <http://www.skincancer.org/gr-GR/basal-cell-carcinoma>. Έγινε πρόσβαση στις 26 Μαΐου 2016.

Stam-Posthuma, J. J., van Duinen, C., Scheffer, E., Vink, J., and Bergman, W. (2001). Multiple primary melanomas. *J Am Acad Dermatol*, 44,pp. 22-27.

Stephenson A., From L., Cohen A., et al. (1997). Family physician's knowledge of malignant melanoma. *J Am Acad Dermatol*;37: 953-7

Syed, D. N., Chamcheu, J.-C., Adhami, V. M., and Mukhtar, H. (2013). Pomegranate Extracts and Cancer Prevention: Molecular and Cellular Activities. *Anti-Cancer Agents in Medicinal Chemistry*, 13(8), pp.1149–1161.

Thomas D. Adolescents and young adults with cancer: The challenge. *Palliative and supportive care* 2007, 5: pp.173-174.

Valsamaki P. (2009). Tumor thickness as a guide to surgical management of clinical stage I melanoma patients. *Hell J Nucl Med*; 12, pp. 87-98.

Weinberg AS, Ogle CA, Shim EK. (2007) Metastatic cutaneous squamous cell carcinoma: an update. *Dermatol Surg*.33, pp.885–899.

Weinstock MA. (2001). Epidemiology, Etiology, and Control of Melanoma. *Med Health R I*. 84(7), pp.234-236.

Weinstock MA, Goldstein MG, Dube CE, et al. (1996). Basic skin cancer triage for teaching melanoma detection. *J Am Acad Dermatol* ; 34:1063-6.

William, A. (2003). Transdermal and Topical Drug Delivery from Theory to Clinical Practice. *Pharmaceutical Press, London*, pp.37-84.

Wiznia, L., Ferrucci, L.M., Mayne, S.T., Chagpar, A.B. (2013) Do nonmelanoma skin cancer survivors use tanning beds more often than the general public? *Journal of Clinical Oncology (Meeting Abstracts)* 31: e20017

World Health Organization (2016). Ultraviolet Radiation and the INTERSUN Program. Διαθέσιμο από http://www.who.int/uv/sun_protection/en/. Έγινε πρόσβαση στις 13 Μαΐου 2016.

World Health Rankings (2016). Skin Cancers. Διαθέσιμο από <http://www.worldlifeexpectancy.com/cause-of-death/skin-cancers/by-country/>. Έγινε πρόσβαση στις 8 Απριλίου 2016.

Yarosh D, Klein J, O'Connor A, et al. (2001). Effect of topically applied T4 endonuclease V in liposomes on skin cancer in xeroderma pigmentosum: a randomised study. Xeroderma Pigmentosum Study Group. *Lancet* 2001; 357(9260), pp.926-929.

Youl, P.H., Soyer, h.p., Baade, P.D., Marshall, A.L. *et al* (2015). Can skin cancer prevention and early detection be improved via mobile phone text messaging? A randomised, attention control trial. *Preventive Medicine*, 71, pp. 50-56.

Ελληνική Βιβλιογραφία:

Αθανασιάδης Χ, (2008), Η αντιμετώπιση του πόνου στον ασθενή με καρκίνο, *Ειδικά Θέματα Ογκολογίας*, σελ 53, 55 – 61.

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

Αναγνωστόπουλος Φ., (2003), Ο ασθενής με ψυχολογική κρίση λόγω της ασθένειας, Έλλην, σελ 45 – 47.

Ασπιώτης Ν, (2004), Φυσιολογία του Ανθρώπου, ΣΤ' Έκδοση, Αθήνα, Τόμος Β', σελ 995-999.

Καράμπελας Α., (2001). Ο ψυχιατρικός άρρωστος με καρκίνο: ψυχοκοινωνική προσέγγιση του αρρώστου και της οικογένειάς του. Αθήνα: Ακτίνες, σελ. 66-70.

Καρελάς, Λ. (2012). Καρκίνος του δέρματος με δυο λόγια... Διαθέσιμο από <https://sites.google.com/site/orlkarelas/karkinos-dermatos-prosopou-kephales-trachelou>. Έγινε πρόσβαση στις 3 Μαΐου 2016.

Κόνιαρη Ε. (1991). *Καρκίνος του Μαστού Νοσηλευτική Παρέμβαση*. Αθήνα, Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Μουστάκας, Δ. (2006). Καρκίνος Δέρματος και Δερματοσκόπηση. *Η Ιατρική Σήμερα*. Τεύχος 42, σ.σ. 36-40.

Μπακογιάννης, Α. (2011). Καρκίνος Δέρματος. Διαθέσιμο από <http://www.absurgery.gr/patheseis-dermatos-onychon/karkinos-dermatos>. Έγινε πρόσβαση στις 30 Απριλίου 2016.

Μπαλτά Δ., (2005), Τι πρέπει να γνωρίζεις για τον καρκίνο του δέρματος, Θεσσαλονίκη, σελ 6 – 8.

Μπασμπέας Σ., (1991). Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου και αποκατάσταση καρκινοπαθούς. Αθήνα: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, σελ. 23-57.

Μπεληγιάννη Γ., (2009), Στοιχεία Βιολογίας και Δερματολογίας, Αθήνα, Πατάκη, σελ 50-52, 57, 58-61.

Παπαδόπουλος, Α (2012). Χειρουργικές παθήσεις δέρματος. Surgical Iasis. Διαθέσιμο από <http://surgicaliasis.gr/el/xeirurgikes-pathisis-dermatos/40-καταχωρήσεις>. Έγινε πρόσβαση στις 5 Μαΐου 2016.

Ραγιά Χρ. Α., (2005). Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ε΄ Έκδοση, Αθήνα, σελ. 169-175.

Ρηγάτος Γ, (2009), Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση Ασθενούς με μελάνωμα, Αθήνα, σελ.169 – 175.

Σαμώνης, Γ., Χριστοφάκη, Μ. (2007). Ηθικά και ψυχολογικά προβλήματα Νεοπλασματικών ασθενών Πρακτικά 15^{ου} Μετεκπαιδευτικού Συνεδρίου Κλινικής Ογκολογίας. Κρήτη 2007: 501-511.

Σαπουντζή Κ. Δ., (2004), Χρόνια Ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα, Β΄ Έκδοση, Θεσσαλονίκη, Έλλην, σελ 22, 51 – 54.

Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ. (2006). *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες*. Αθήνα ,Εκδόσεις Βήτα ΜΕΠΕ.

Σαχίνη – Καρδάση Α. και Πάνου Μ., (2007), Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Β΄ Έκδοση, Αθήνα, Βήτα, Τόμος 1, σελ 186, 191, 173, 174 – 176.

Σιβρίδης Ε., (2007), Παθολογική Ανατομική, Αθήνα, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, σελ 915-924.

Συμεωνίδης, Κ. (2013). Καρκίνος Δέρματος – Μελάνωμα-Πρόληψη-Θεραπεία. Διαθέσιμο από <http://www.sigmalive.com/lifestyle/health/44166/karkinos-dermatos-melanomaprolopsitherapeia>. Έγινε πρόσβαση στις 22 Απριλίου 2016.

Χατζημπούγιας Ι., (2000), Στοιχεία Ανατομικής του Ανθρώπου, Γ' Έκδοση, Θεσσαλονίκη: GM Design, σελ 261-267.

onMed (2015). Καρκίνος του δέρματος: Δείτε ποια είναι τα συμπτώματα. Διαθέσιμο από <http://www.onmed.gr/ygeia/item/329409-karkinos-tou-dermatos-deite-poia-einai-ta-symptomata#ixzz47laH1Yds>. Έγινε πρόσβασης στις 30 Απριλίου 2016.