

Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΚΙΕΚΑΣ Π.

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

ΣΤΑΘΟΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

ΠΑΤΡΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6

ΜΕΡΟΣ Α

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	8
1.2 ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ.....	9
1.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΚΑΙ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ.....	10
1.4 ΤΑ ΕΦΤΑ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ.....	14
2.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ.....	15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	23
3.2 ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΑΙΤΙΑ ΠΟΥ ΕΥΝΟΟΥΝ Η΄ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΤΗΝ ΕΞΑΛΛΑΓΗ.....	28
3.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	30
3.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ.....	31
3.5 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ.....	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ.....	37
4.2 ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	44
5.2 ΒΙΟΨΙΑ.....	45
5.3 ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.....	47
5.4 ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ.....	47
5.5 ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΜΕΛΑΝΙΝΗΣ ΣΤΑ ΟΥΡΑ.....	48
5.6 ΤΕΧΝΗΤΑ ΡΑΔΙΕΝΕΡΓΑ ΙΣΟΤΟΠΑ.....	48
5.7 ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ – ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	49
5.8 DNCB – ΤΕΣΤ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΠΡΟΛΗΨΗ.....	53
6.1.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	54
6.1.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ.....	59
7.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	61
7.3 ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	63
7.4 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	64
7.5 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΟΣ.....	65
7.5.1 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ.....	65
7.5.2 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ.....	67

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ...	69
8.2	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	72
8.2.1	ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ.....	72
8.2.2	ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ.....	74
8.2.3	ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	74
8.3	ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	76
8.4	ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ.....	78
8.5	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	80

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9.1	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	
9.2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ-ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΜΕ ΑΘΕΡΑΠΕΥΤΟ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ.....	
	ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η προσφορά υπηρεσιών υγείας στους καρκινοπαθείς αποτελεί σήμερα ένα από τα σπουδαιότερα καθήκοντα των ατόμων που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα. Ο καρκίνος, σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία του 1979, αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στην Ελλάδα και τη δεύτερη όταν τα νοσήματα καρδιάς και αγγείων θεωρηθούν σαν μια αιτία. Δύο στις τρεις οικογένειες και ένα στα τέσσερα άτομα του πληθυσμού των αναπτυγμένων χωρών προσβάλλονται από καρκίνο. Χιλιάδες άτομα λοιπόν πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο και σε μεγαλύτερο ακόμη αριθμό ο καρκίνος προκαλεί αλλαγή στον τρόπο ζωής τους.

Αν και τα στατιστικά στοιχεία σχετικά με τον καρκίνο είναι πολύ απαισιόδοξα, η προσεκτική ματιά στο πολύ κουραστικό έργο των ερευνητών του καρκίνου τα τελευταία χρόνια μας δίνει πολλές ελπίδες. Στη δεκαετία του 1970 οι ερευνητές του καρκίνου έκαναν αληθινά μεγάλα βήματα προς την κατεύθυνση διάλυσης του μυστηρίου του καρκίνου.

Οι Donona και Pierce μεταξύ άλλων γράφουν στο βιβλίο τους <<Κάτι πρέπει να γίνει με όλους τους καρκινοπαθείς. Δεν πρέπει να αισθανόμαστε τους εαυτούς μας άχρηστους ή να είμαστε απελπισμένοι όταν νοσηλεύουμε ασθενείς με καρκίνο.>>

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το μελάνωμα είναι η πιο συχνή θανατηφόρα δερματική νόσος και αποτελεί καθημερινό, μεγάλο πρόβλημα για τους δερματολόγους, που αντιμετωπίζουν ασθενείς με μελαγχρωματικές δερματικές αλλοιώσεις. Η αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης του μελανώματος, των θανάτων που συχνά προκαλεί και γενικότερα των ιδιομορφιών που παρουσιάζει το κακόηθες αυτό νεόπλασμα, προκάλεσαν το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών.

Στις ανακοινώσεις της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρίας διαπιστώνεται τα τελευταία χρόνια θεαματική αύξηση των μελανωμάτων του δέρματος. Η συχνότητα τους σήμερα προσεγγίζει τη συχνότητα των πρωτοπαθών νεοπλασμάτων του εγκεφάλου και υπερβαίνει τη συχνότητα λεμφωμάτων τύπου Hodgkin και των καρκινωμάτων του λάρυγγα ή του θυρεοειδούς αδένου.

Αν εξαιρέσει κανείς τα άλλα καρκινώματα του δέρματος, έχει υπολογιστεί ότι το μελάνωμα αντιπροσωπεύει το 1% περίπου όλων των πρωτοπαθών νεοπλασμάτων και το 1% των κακοηθών νεοπλασμάτων.

Η πρόγνωση των μελανωμάτων τα τελευταία χρόνια έχει βελτιωθεί. Ενώ το 1940 η πενταετής επιβίωση των ασθενών με μελάνωμα του δέρματος ανερχόταν στο 40%, το 1975 έφθανε στο 67% του συνόλου των ασθενών.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Καρκίνος είναι ο άτυπος και ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός κυττάρων, που εκτοπίζουν τους υγιείς ιστούς του σώματος. Μια από τις εξετάσεις που μπορούν να επισημάνουν την ύπαρξη του ή να την αποκλείσουν είναι η κυτταρολογική εξέταση. Ανάλογα με την εντόπιση του καρκίνου στο συγκεκριμένο όργανο, έχουμε και διάφορους τύπους καρκίνου⁽¹⁾. Η ταξινόμηση των νεοπλασμάτων γίνεται σε σχέση με την καλοήγη ή κακοήγη μορφή τους και με τον ιστό ή το όργανο από το οποίο αρχίζουν την ανάπτυξη τους. Καλοήγη νεοπλάσματα προέλευσης επιθηλιακού ιστού δεν ταξινομούνται εύκολα. Η ταξινόμησή τους γίνεται σύμφωνα με την μικροσκοπική τους εμφάνιση ή με την μακροσκοπική τους μορφή. Ο κακοήθης όγκος που αναπτύσσεται από τον επιθηλιακό ιστό καλείται καρκίνωμα, ενώ όταν αναπτύσσεται από μεσεγχυματικό ιστό καλείται σάρκωμα⁽²⁾.

1.2 ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

<u>ΩΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ</u>	<u>ΙΣΤΟΣ Η ΌΡΓΑΝΟ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ</u>	<u>ΚΑΛΟΗΘΗ</u>	<u>ΚΑΚΟΗΘΗ</u>
<u>ΘΗΛΙΑΚΟΣ ΙΣΤΟΣ</u>	<u>ΔΕΡΜΑ, ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ,</u> <u>ΛΑΡΥΓΓΑΣ, ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ, ΜΑΣΤΟΣ</u>	<u>ΘΗΛΩΜΑ</u>	<u>ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ</u> <u>ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ</u>
	<u>ΙΝΩΔΗΣ ΙΣΤΟΣ</u> <u>ΜΥΙΚΟΣ ΙΣΤΟΣ</u>	<u>ΑΔΕΝΩΜΑ</u>	<u>ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ</u>
<u>ΞΟΔΕΡΜΑ</u>	<u>ΛΙΠΩΔΗΣ ΙΣΤΟΣ ΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΙΣΤΟΣ</u> <u>ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΟΣ ΙΣΤΟΣ</u>	<u>ΙΝΩΜΑ</u> <u>ΛΕΙΟΜΥΩΜΑ</u> <u>ΛΙΠΩΜΑ</u> <u>ΑΓΓΕΙΩΜΑ</u>	<u>ΙΝΟΣΑΡΚΩΜΑ</u> <u>ΛΕΙΟΜΥΟΣΑΡΚΩΜΑ</u> <u>ΡΑΒΔΟΜΥΟΣΑΡΚΩΜΑ</u> <u>ΛΙΠΟΣΑΡΚΩΜΑ</u> <u>ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ</u> <u>ΜΥΕΛΩΜΑ</u> <u>ΛΕΜΦΩΜΑ</u>
<u>ΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ</u> <u>ΛΑΝΟΚΥΤΤΑΡΑ</u> <u>ΥΡΙΚΟΣ ΙΣΤΟΣ</u>	<u>ΔΕΡΜΑ, ΟΦΘΑΛΜΟΣ, ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ,</u> <u>ΝΕΥΡΑ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ</u>	<u>ΣΠΙΛΟΣ</u> <u>ΑΣΤΡΟΚΥΤ-</u> <u>ΤΩΜΑ</u> <u>ΓΑΓΓΛΙΟΝΕΥ-</u> <u>ΡΩΜΑ</u>	<u>ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ</u> <u>ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ</u> <u>ΓΛΟΙΟΒΛΑΣΤΩΜΑ</u> <u>ΝΕΥΡΟΒΛΑΣΤΩΜΑ</u>
<u>ΧΟΦΟΒΛΑΣΤΗ</u> <u>ΤΡΙΑΙΑ ΧΟΡΔΗ</u> <u>ΑΣΤΟΔΕΡΜΑ</u>	<u>ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ, ΟΡΧΕΙΣ, ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗ</u> <u>ΣΤΥΛΗ, ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟ, ΩΟΘΗΚΕΣ,</u> <u>ΟΡΧΕΙΣ</u>	<u>ΧΟΡΙΟΕΠΙΘΗ-</u> <u>ΛΙΩΜΑ,</u> <u>ΧΟΡΔΩΜΑ, ΤΕ-</u> <u>ΡΑΤΩΜΑ</u>	<u>ΧΟΡΔΩΜΑ</u> <u>ΤΕΡΑΤΩΜΑ</u>

1.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΚΑΙ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΗΚΑ	ΚΑΛΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ	ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ
ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ	ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΡΓΟ ΡΥΘΜΟ, ΣΥΝΗΘΩΣ ΣΥΝΕΧΙΖΟΥΝ ΝΑ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΝΤΑΙ ΣΕ ΟΛΟ ΤΟ ΚΥΚΛΟ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΕΝΟΣ ΑΤΟΜΟΥ, ΕΚΤΟΣ ΚΑΙ ΑΝ ΑΦΑΙΡΕΘΟΥΝ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ. ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΑΡΑΤΗΡΟΥΝΤΑΙ ΠΕΡΙΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥΣ.	ΣΥΝΗΘΩΣ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΝΤΑΙ ΜΕ ΓΡΗΓΟΡΟ ΡΥΘΜΟ ΚΑΙ ΣΕ ΟΛΗ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ. ΠΟΛΥ ΣΠΑΝΙΑ ΥΠΟΧΩΡΟΥΝ ΑΥΤΟΜΑΤΑ.
ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ	ΑΥΞΑΝΕΙ ΣΕ ΜΕΓΕΘΟΣ ΚΑΙ ΣΕ ΕΚΤΑΣΗ. ΠΑΝΤΟΤΕ ΠΑΡΑΜΕΝΕΙ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΥ ΠΡΩΤΟΕΜΦΑΝΙΣΤΗΚΕ.	ΑΝΑΠΤΥΣΣΕΤΑΙ ΜΕ ΔΙΗΘΗΣΗ ΤΩΝ ΓΥΡΩ ΙΣΤΩΝ. ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΔΙΑΤΗΡΕΙΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΥ ΠΡΩΤΟΔΗΜΙΟΥΡΓΗΘΗΚΕ, ΑΛΛΑ ΣΥΝΗΘΩΣ ΔΙΑΣΠΕΙΡΕΤΑΙ ΚΑΙ ΔΙΗΘΕΙ ΤΟΥΣ ΓΕΙΤΟΝΙΚΟΥΣ ΙΣΤΟΥΣ.
ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΨΑΣ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΟΤΕ ΠΕΡΙΕΧΕΤΑΙ ΜΕΣΑ ΣΕ ΙΝΩΔΗ ΚΑΨΑ Η ΟΠΟΙΑ ΔΕΝ ΕΜΠΟΔΙΖΕΙ ΤΗΝ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΛΛΑ ΕΜΠΟΔΙΖΕΙ ΔΙΗΘΗΣΗ ΤΩΝ ΓΕΙΤΟΝΙΚΩΝ ΙΣΤΩΝ. ΤΟΣΟ Η ΚΑΨΑ ΟΣΟ ΚΑΙ Ο ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΣ ΙΣΤΟΣ ΑΦΑΙΡΕΙΤΑΙ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ.	ΠΟΤΕ ΔΕ ΠΕΡΙΕΧΕΤΑΙ ΣΕ ΚΑΨΑ. Η ΑΠΟΥΣΙΑ ΤΗΣ ΚΑΨΑΣ ΕΠΙΤΡΕΠΕΙ ΤΗ ΔΙΗΘΗΣΗ ΤΩΝ ΓΥΡΩ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΚΑΝΕΙ ΔΥΣΚΟΛΗ ΤΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ.

<p>ΤΑ ΚΥΤΤΑΡΑ ΠΟΥ ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ ΤΟ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ</p>	<p>ΣΥΝΗΘΩΣ ΔΕΝ ΞΕΧΩΡΙΖΟΥΝ ΑΠΟ ΤΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ. ΑΠΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΜΙΤΩΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΗΚΑ Η΄ ΕΙΝΑΙ ΣΠΑΝΙΑ.</p>	<p>ΣΥΝΗΘΩΣ ΞΕΧΩΡΙΖΟΥΝ ΑΠΟ ΤΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ. ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΜΕΓΑΛΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΙΤΩΤΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ.</p>
<p>ΕΠΑΝΕΜΦΑΝΙΣΗ</p>	<p>ΠΟΛΥ ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΑΝΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ.</p>	<p>ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ ΕΠΑΝΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΤΟΥΣ ΓΥΡΩ ΙΣΤΟΥΣ.</p>
<p>ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ Η΄ ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΤΟΥ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΡΧΙΚΟ ΣΗΜΕΙΟ ΣΕ ΑΛΛΑ ΟΡΓΑΝΑ</p>	<p>ΠΟΤΕ ΔΕ ΠΑΡΑΤΗΡΕΙΤΑΙ ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ.</p>	<p>Η ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΗ. Η ΠΙΟ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΗ ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΑ ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΟΣ.</p>

<p>ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟΥΣ ΙΣΤΟΥΣ ΚΑΙ ΣΕ ΟΛΟ ΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ.</p>	<p>ΔΕΝ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΒΛΑΒΕΣ ΕΚΤΟΣ ΚΑΙ ΑΝ ΠΙΕΖΕΙ ΟΡΓΑΝΑ, ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΙ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥΣ. ΔΕΝ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ. ΟΤΑΝ ΤΟ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΕΝΤΟΠΙΣΤΕΙ ΣΕ ΑΔΕΝΙΚΟ ΙΣΤΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΑΡΑΓΕΙ ΟΡΜΟΝΗ ΠΟΥ ΕΚΚΡΙΝΕΤΑΙ ΣΤΟ ΟΡΓΑΝΟ ΜΕ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΝ ΥΠΕΡ-ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ.</p>	<p>ΠΑΝΤΟΤΕ ΕΠΙΒΛΑΒΕΙΣ ΑΝ ΔΕΝ ΑΦΑΙΡΕΘΕΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ Η΄ ΚΑΤΑΣΤΡΑΦΕΙ ΜΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΔΥΣΜΟΡΦΙΕΣ, ΕΛΚΗ, ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ. ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΚΑΧΕΞΙΑ, ΑΝΑΙΜΙΑ. ΣΠΑΝΙΑ ΕΚΚΡΙΝΟΥΝ ΟΡΜΟΝΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΣΣΟΥΝ ΤΗΝ ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ.</p>
<p>ΠΡΟΓΝΩΣΗ</p>	<p>ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ .ΑΦΑΙΡΕΙΤΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ .</p>	<p>ΕΞΑΡΤΑΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ ΠΟΥ ΕΓΙΝΕ Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ. ΚΑΚΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΟΤΑΝ ΕΧΟΥΝ ΓΙΝΕΙ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ, ΚΑΛΗ ΟΤΑΝ ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΝΔΕΙΞΗ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ.</p>

1.4 ΤΑ ΕΠΤΑ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΣΗΜΕΙΑΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

(Όπως έχουν καθοριστεί από την AMERICAN CANCER SOCIETY)

- Αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου ή της ουροδόχου κύστης
- Μια πληγή που δεν επουλώνεται
- Ασυνήθης αιμορραγία ή έκκριση
- Πάχυνση ή ογκίδιο στο μαστό ή αλλού
- Δυσπεψία ή δυσχέρεια στη κατάποση
- Αλλαγή στους χαρακτήρες μίας ακροχόρδωνος ή ενός σπίλου.
- Επίμονος ξηρός βήχας ή βρόγχος φωνής⁽²⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ

Το μελάνωμα είναι ο πλέον κακοήθης όγκος του δέρματος που χαρακτηρίζεται από ταχεία εξέλιξη και πολλαπλές μεταστάσεις⁽³⁾. Εντοπίζεται κυρίως στο δέρμα και τους βλεννογόνους.

Είναι όγκος ανοσοεξαρτώμενος με πολύ ιδιόρρυθμη συμπεριφορά, αφού από τη μία πλευρά μπορεί ταχύτητα να γενικευτεί αλλά και από την άλλη να αυτοϊαθεί. Το κακοήθες μελάνωμα αναπτύσσεται από τα εξαλλαγέντα μελανοκύτταρα, ενώ οι καλοήθεις όγκοι των κυττάρων αυτών ονομάζονται μελαγχρωστικοί σπίλοι.

Τα μελανοκύτταρα ανευρίσκονται στη βασική στιβάδα του δέρματος, στη μήτρα των θυλάκων των τριχών, όπως επίσης και στο επιθήλιο. Στη λευκή φυλή η κατανομή των μελανοκυττάρων δεν είναι ίδια σε όλο το σώμα. Ο μικρότερος αριθμός βρίσκεται στο κορμό και ο μεγαλύτερος στο περίνεο και στην παρειά. Εμβρυολογικά, τα μελανοκύτταρα αναπτύσσονται από τη νευρική ακρολοφία του εξωδέρματος και κατά τη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής μεταναστεύουν κατά μήκος των νεύρων στην επιδερμίδα και τους θύλακες των τριχών. Τα κύτταρα αυτά περιέχουν μία χρωστική ουσία, τη μελανίνη. Συναθροιζόμενα ή πολλαπλασιαζόμενα τα μελανοκύτταρα κατά την ενήλικη ζωή σε ένα σημείο της βασικής στιβάδας χάνουν σταδιακά την ικανότητα παραγωγής μελανίνης και σχηματίζονται έτσι τα σπιλοκύτταρα που κλινικά εμφανίζονται σαν μελαγχρωστικοί σπίλοι.

Το κακόηθες μελάνωμα αναπτύσσεται πάντοτε από τα μελανοκύτταρα, είτε ενός προϋπάρχοντος σπίλου, είτε της φυσιολογικής επιδερμίδας. Η αυξημένη δραστηριότητα των μελανοκυττάρων και η αύξηση του μεγέθους τους είναι η αρχή της κακοήθους εξαλλαγής, που κλινικά περιγράφεται σαν σπίλος που αλλάζει χρώμα γινόμενος πιο βαθύχρους⁽⁴⁾.

2.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΩΝ

Παρότι η μικροσκοπική διάγνωση και διάκριση των ιστολογικών τύπων του μελανώματος δεν είναι εύκολη αλλά ούτε και καθολικώς αποδεκτή, η ταξινόμηση αυτή παραμένει ακόμη σε χρήση. Υπάρχουν όμως και επιπρόσθετες μορφές μελανώματος οι οποίες αναφέρονται ως ξεχωριστές κλινικές οντότητες, χωρίς όμως να υπάρχει και αντίστοιχη ιστολογική διάκριση.

ν Μελάνωμα αναπτυσσόμενο σε κακοήθη φακή

[Lentigo malignant melanoma]

Αφορά δερματική βλάβη που εμφανίζεται στα εκτεθειμένα στην ηλιακή ακτινοβολία μέρη του σώματος [πρόσωπο-άνω άκρα], συνήθως σε άτομα μεγάλης ηλικίας. Παρουσιάζεται ως επίπεδη μεγάλη μελαγχρωματική πλάκα, η οποία σταδιακά μεγαλώνει και παρουσιάζει διάφορες αποχρώσεις. Αποτελεί την πλέον ασυνήθιστη μορφή μελανώματος (5%).

ν Επιφανειακώς επεκτεινόμενο μελάνωμα

[Superficial spreading melanoma]

Είναι δυνατόν να εμφανιστεί σε όλα τα μέρη του σώματος. Χαρακτηρίζεται από πλάκα στρογγυλή ή από πλάκα που σχηματίζει τόξα κύκλου, με ποικιλία αποχρώσεων [καστανό, μελανό, ρόδινο, υπόλευκο]. Αντιπροσωπεύει το 70% του συνόλου των μελανωμάτων⁽⁵⁾.

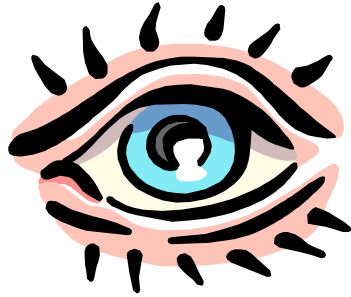
ν Οζώδες μελάνωμα

[Nodular melanoma]

Έχει ύπουλη και σύντομη ανάπτυξη και πολύ κακή πρόγνωση⁽⁶⁾. Είναι δυνατό να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος. Κλινικά χαρακτηρίζεται από ογκίδιο σαφώς περιγεγραμμένο, που εμφανίζεται σε υγιές δέρμα, με χρώμα μελανό ή ρόδινο. Συχνά εξελκούται και αιμορραγεί. Άλλοτε επίσης μπορεί να εμφανιστεί ως σκληρή, επαρμένη πλάκα με μικρά οζίδια στην περιφέρεια ή θηλωματώδη επιφάνεια⁽⁵⁾.

Άλλοι τύποι μελανωμάτων, που τους διαχωρίζουν αρκετοί συγγραφείς είναι:

ν Κακότητες μελάνωμα του οφθαλμού



Ο χρωμοποιητικός ιστός, μετά το δέρμα, συναντάται ιδιαίτερα άφθονος στα διάφορα τμήματα του οφθαλμικού βολβού, ενώ σε πολύ μικρότερη ποσότητα κατανέμεται στα λοιπά όργανα και στους ιστούς του σώματος. Η κατανομή αυτή του χρωστικού ιστού κατά το σώμα καθορίζει κατά προσέγγιση και την κατά θέση συχνότητα ανάπτυξης των κακοηθών μελανωμάτων (Κ.Μ.)⁽⁶⁾. Δεν γνωρίζουμε εάν ο χρωμοποιητικός ιστός κατάγεται εμβρυϊκός από το νευρικό, συνδετικό ή επιθηλιακό ιστό. Αντανάκλαση αυτού είναι ότι ο REESE διακρίνει 6 τύπους μελανοβλαστών από τους οποίους προέρχονται τα μελανώματα των οφθαλμών. Αυτά είναι:

1. Τα κύτταρα του Schwann που περιβάλλουν τα περιφερικά νεύρα. Τα κακοήθη μελανώματα του χοριοειδούς (σβανώματα) προέρχονται από τα μακρά και βραχέα ακτινοειδή νεύρα.
2. Τα κύτταρα των σπύλων που κι αυτά προέρχονται από νευρικά κύτταρα.
3. Τα κύτταρα της βασικής στοιβάδας του δέρματος και του επιπεφυκότα
4. Τα κύτταρα του στρώματος του χοριοειδούς.
5. Τα κύτταρα του μελάγχρου επιθηλίου του αμφιβληστροειδή, ακτινωτού σώματος και ίριδας.

6. Τα περιβλήματα του οπτικού νεύρου και συγκεκριμένα η λεπτή μήνιγγα.

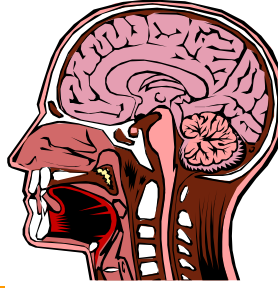
Κύριο στοιχείο της διαφορετικής προέλευσης των Κ.Μ του οφθαλμού αποτελεί η ιστολογική και κλινική συμπεριφορά τους. Έτσι, ιστολογικώς εμφανίζονται άλλοτε σαν σαρκώματα και άλλοτε σαν νεοπλάσματα που κατάγονται εμβρυολογικώς από το νεύρο ή το συνδετικό ιστό, άλλοτε δε σαν καρκινώματα ή σαν νεοπλάσματα του επιθηλιακού ιστού⁽⁷⁾.

v Τα κακοήθη μελανώματα του αιδοίου

Τα κακοήθη μελανώματα του αιδοίου αποτελούν σπάνιες περιπτώσεις στο σύνολο των κακοηθών όγκων της περιοχής αυτής. Συχνότερη εντόπιση των κακοηθών μελανωμάτων στο αιδοίο είναι στα χείλη και έπειτα στη κλειτορίδα. Οι κλινικές εκδηλώσεις των κακοηθών μελανωμάτων των εντοπίσεων τούτων είναι παρόμοιες προς εκείνες του δέρματος, πλην όμως οι ασθενείς προσέρχονται πολύ αργά προς τον ειδικό γιατρό και σε ιδιαίτερα προχωρημένο στάδιο εξέλιξης. Αυτό οφείλεται στη φυσική αιδώ και τη μεγάλη ηλικία των ασθενών όσο και στα συχνά λόγω εντόπισης μηχανικά τραύματα.

v Κακόηθες μελάνωμα του πέους

Πρόκειται για σπάνια εντόπιση. Το 1957 έχει περιγραφεί μία περίπτωση από το Reid, ενώ άλλες 14 έχουν περιγραφεί διεθνώς. Χαρακτηρίζεται συχνότερα από την ταχεία του ανάπτυξη και το γρήγορο σχηματισμό επιχώριων λεμφαδενικών μεταστάσεων. Καλύτερη θεραπεία είναι ο ολικός ή μερικός ακρωτηριασμός του πέους και η εξαίρεση των βουβωνικών λεμφαδένων⁽⁷⁾.



✓ Πρωτογενές λαρυγγικό μελάνωμα

Είναι σπάνιοι όγκοι. Στη βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί μόνο 34 περιπτώσεις. Το ποσοστό επιβίωσης είναι πολύ φτωχό. Η πρώτη περίπτωση λαρυγγικού μελανώματος αναφέρθηκε από τον Hilderman το 1908. Τα πρωτογενή λαρυγγικά μελανώματα είναι σπάνιοι όγκοι που δε σχετίζονται με την έκθεση στον ήλιο και υπάρχει γενικά έλλειψη συσχέτισης ανάμεσα στην εισβολή και στην πρόγνωση. Είναι κακοήθεις νεοπλασίες που προέρχονται από τα μελανοκύτταρα και χαρακτηρίζονται από πολλαπλασιασμό ξεχωριστών κυττάρων εντοπισμένων μέσα στο επιθήλιο του βλεννογόνου. Έχει αναφερθεί ένα ποσοστό 27,55 απόλυτης 5ετούς θεραπείας για δερματικό μελάνωμα και μόνο ένα 8% για μελάνωμα του βλεννογόνου. Κάποιοι άλλοι συγγραφείς αναφέρουν ένα ποσοστό επιβίωσης 38% για ασθενείς με μελάνωμα βλεννογόνου⁽⁸⁾.

✓ Πρωτογενές οισοφαγικό μελάνωμα (Π Μ Ο)

Το πρωτοπαθές μελάνωμα του οισοφάγου είναι ένας σπάνιος όγκος που αποτελεί μόλις το 0,1-0,2 όλων των πρωτοπαθών νεοπλασμάτων του οισοφάγου. Από το 1963, όταν πρωτοαναφέρθηκε ότι το μελάνωμα μπορεί να ξεκινά από τον οισοφάγο, μόλις περί τις 200 περιπτώσεις έχουν περιγραφεί στη βιβλιογραφία. Το πρωτοπαθές μελάνωμα του οισοφάγου, γνωστό επίσης σαν μελανοσάρκωμα ή μελανοκαρκίνωμα, μπορεί να εμφανίσει αλλοιώσεις διασταύρωσης. Ανοσοϊστοχημικά, ο όγκος

δίνει θετικές τις χρώσεις με την πρωτεΐνη S-100, την ειδική ενολάση των νευρώνων και το αντίσωμα HMB45, που θεωρείται ειδικό για το μελάνωμα. Αντίθετα, δεν δίνουν θετικές τις κυτταροκερατίνες, τη χρωμογραφίνη ή το CEA. Η πρωτεΐνη S-100 και το αντίσωμα HMB 45 είναι αξιόπιστοι δείκτες σε περίπτωση μη μελανωτικού όγκου ενώ η πρωτεΐνη HMB45 χρωματίζει τον όγκο σε ανοσοηλεκτρονική μικροσκόπηση.

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από όλες τις μεγάλες πολυποειδείς μάζες του οργάνου, καλοήθεις ή κακοήθεις. Η θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική αφαίρεση. Το ΠΜΟ είναι ένας επιθετικός όγκος με κακή πρόγνωση. Συνολικά το 30-40% των ασθενών έχουν μεταστάσεις κατά τη διάγνωση, ενώ το 85,4% πεθαίνουν με διάχυτη νόσο ανεξάρτητα της χρησιμοποίησης της θεραπευτικής μεθόδου. Ακόμα και αν μελετηθούν μόνο οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ευρεία χειρουργική εκτομή του οισοφάγου, η 5ετής επιβίωση είναι μικρότερη του 5%. Ο μέσος χρόνος ζωής είναι 7-12 μήνες⁽⁹⁾.

ν Νεανικά μελανώματα

Πρόκειται για ογκίδια του δέρματος, διαμέτρου περί τα 2cm που εμφανίζονται κατά τη νεανική ηλικία και σπάνια μετά την εφηβική. Εντοπίζονται κυρίως στο πρόσωπο και ιδιαίτερα στις παρειές. Προέχουν λίγο του γύρω δέρματος και είναι άλλοτε μαύρα ή ερυθρά και άλλοτε καστανά. Περιγράφηκαν για πρώτη φορά το 1940. Τα νεανικά μελανώματα διακρίνονται κλινικά για την καλοήγη πορεία τους. Δεν υποτροπιάζουν μετά την εξαίρεση τους, δε μεθίστανται, δεν μεγεθύνονται υπερβολικά ούτε εξελκούνται. Αποτελούν το 5% περίπου των κακοηθών μελανωμάτων.

Στη παιδική ηλικία όπως και στην εφηβική, συναντώνται τόσο τα γνήσια κακοήθη μελανώματα όσο και τα νεανικά. Είναι επικίνδυνο να συγχέονται οι δύο αυτές μορφές, αφού έχουν τόσο διαφορετική πρόγνωση. Παρά ταύτα όμως μεταξύ των δύο αυτών μορφών υφίσταται κάποια σύγχυση. Περιγράφηκαν περιπτώσεις ανθρώπων (από τους Mischer και Sritz), που κατέληξαν, παρά τον ιστολογικό χαρακτηρισμό του όγκου σαν νεανικό μελάνωμα⁽⁷⁾.

ν Μελάνωμα υπονουχίων

Αποτελεί παραλλαγή του μελανώματος των άκρων. Εμφανίζεται με τη μορφή σκουρόχρωμων ραβδώσεων κάτω από το νύχι, οι οποίες στη συνέχεια συνενώνονται και σχηματίζουν καφέ ή μαύρη συλλογή που μπορεί να εκληφθεί ως υπονούχιο αιμάτωμα. Όταν η βλάβη μεγαλώσει σπάζει το νύχι και συχνά επιμολύνεται. Έχει πολύ κακή πρόγνωση .

ν Μελάνωμα βλεννογόνων

Εμφανίζει συνήθως επιπολής εξάπλωση. Αναπτύσσεται στο στόμα, στο ορθό, στον κόλπο ή στην ουρήθρα σαν κυανομελανή βλάβη η οποία μεγεθύνεται και τέλος γίνεται οζώδης. Συχνά αναπτύσσεται στον επιπεφυκότα και στον αμφιβληστροειδή. Το τελευταίο έχει κακή πρόγνωση και έχει τάση για εκλεκτική μετάσταση στο ήπαρ.

ν Αμελανωτικό μελάνωμα

Χωρίς καθόλου ή με ελάχιστη μελάγχρωση. Το χρώμα είναι συνήθως γκρι ή κόκκινο και πιθανώς να μοιάζει με κυστικό βασικοκυτταρικό ή πλακώδες καρκίνωμα.

ν Άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας.



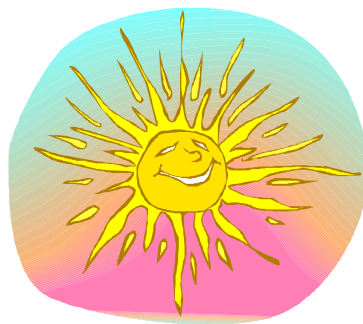
Σε ποσοστό 3-8%, το μελάνωμα εκδηλώνεται με τις λεμφαδενικές ή συστηματικές του μεταστάσεις χωρίς να έχει αποκαλυφθεί η πρωτοπαθής εστία. Στο 45-60% των ασθενών οι μεταστάσεις είναι λεμφαδενικές. Είναι γνωστό πως αν και το μελάνωμα αποτελεί το 1% των νεοπλασιών στον άνθρωπο εμφανίζει το 11% των αναφερομένων αυτόματων υποστροφών της πρωτοπαθούς εστίας⁽¹⁰⁾.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Υπάρχει μια σειρά από αιτιολογικούς παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη του μελανώματος ή την εξαλλαγή ενός σπίλου σε μελάνωμα .

∅ Υπεριώδης ακτινοβολία του ηλιακού φάσματος



Η ελάττωση του όζοντος συνδέεται άμεσα με την αύξηση της συχνότητας του κακοήθους μελανώματος. Έχει υπολογιστεί ότι η ελάττωση του πάχους του όζοντος της ατμόσφαιρας κατά 5% προκαλεί αύξηση της υπεριώδους ακτινοβολίας κατά 10% και αυτό επιφέρει αύξηση της συχνότητας του μελανώματος κατά 5%.

- Ηλικία

Φαίνεται να είναι πιο συχνό σε ηλικίες πάνω τον 45 ετών. Είναι σπάνιο στους έφηβους και πιο σπάνιο στην προεφηβική ηλικία⁽⁵⁾.

- **Τραύμα**

Πολλοί άρρωστοι παρουσιάζουν ιστορικό τραυματισμού στο σημείο του όγκου, όμως είναι πιθανό ότι ο τραυματισμός προκαλεί την προσοχή του αρρώστου στην περιοχή αυτή παρά ότι προκαλεί όγκο⁽¹¹⁾.

- **Επίδραση χρώματος δέρματος, ματιών, χρόνου έκθεσης στον ήλιο**

Η μεγαλύτερη ευαισθησία στο καρκίνο του δέρματος παρουσιάζεται στα άτομα με ανοιχτόχρωμο δέρμα. Άτομα με χαρακτηριστικά όπως τα ξανθά μαλλιά, τα γαλανά ή ανοιχτόχρωμα μάτια και η ανοιχτόχρωμη επιδερμίδα με εύκολη εμφάνιση εφηλίδων και ηλιακού εγκαύματος έχουν μεγαλύτερη προδιάθεση για ανάπτυξη καρκίνου του δέρματος⁽¹²⁾.

- **Οικογενειακό ιστορικό μελανώματος.**

Το μελάνωμα μερικές φορές είναι κληρονομικό. Εάν έχουμε δύο ή περισσότερους συγγενείς που είχαν την αρρώστια αυτή, τότε υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ανάπτυξης μελανώματος. Περίπου το 10% των ασθενών που έχουν την ασθένεια αυτή έχουν μέλη στην οικογένεια τους που έχουν μελάνωμα. Όταν υπάρχει ιστορικό μελανώματος θα πρέπει τα άτομα να εξετάζονται τακτικά από γιατρό⁽¹³⁾.

- **Ατομική ενέργεια**

Έχει δειχθεί μία αύξηση της συχνότητας του κακοήθους μελανώματος σε εργαζόμενους σε σταθμούς πυρηνικής ενέργειας

χωρίς να υπάρχει αύξηση στους κατοίκους των αντίστοιχων περιοχών που έχουν εγκατασταθεί τα συγκεκριμένα εργοστάσια.

- **Διατροφή**

Δεν υπάρχει σαφής συσχέτιση μεταξύ διατροφής και ανάπτυξης μελανώματος⁽¹⁴⁾.

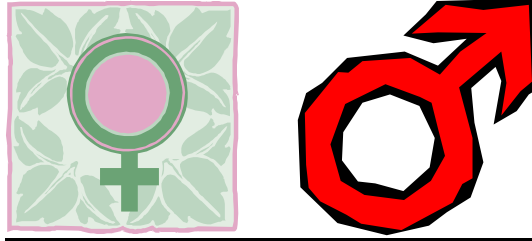
- **Μελαγχρωματικοί σπίλοι**

Περίπου 25%-50% των μελανωμάτων προέρχονται από σπίλους. Οι πιο επικίνδυνοι σπίλοι είναι επιδερμικοί που δεν προέρχονται από την επιφάνεια του δέρματος και δεν έχουν τρίχες. Αντίθετα, οι ενδοδερμικοί σπίλοι που προέχουν και έχουν τρίχες δεν εξαλλάσσονται. Οι γιγάντιοι σπίλοι των παιδιών που καλύπτουν μεγάλα τμήματα του δέρματος εξαλλάσσονται σε ένα ποσοστό 20%.

- **Ορμονικοί παράγοντες**

Μερικοί πιθανολογούν την επίδραση τους λόγω της αυξημένης συχνότητας των μελανωμάτων κατά την περίοδο της γεννητικής δραστηριότητας της γυναίκας και επίσης λόγω της παρατηρούμενης ενεργοποίησης των μελαγχρωματικών σπύλων μετά τη χορήγηση οιστρογόνων⁽⁵⁾.

- **Φύλο**



Παρουσιάζεται με την ίδια συχνότητα και στους άνδρες και στις γυναίκες, αν και μακριότερη επιβίωση παρατηρείται στις γυναίκες⁽¹⁵⁾.

- **Βαφές μαλλιών**⁽¹⁴⁾

- **Ιοί**

Έχουν ενοχοποιηθεί διότι μερικοί από αυτούς έχουν κοινά αντιγόνα με το μελάνωμα.

- **Η Φυλή**

Στους λευκούς, οι οποίοι διαβιώνουν στο ίδιο γεωγραφικό πλάτος με νέγρους, η συχνότητα εμφάνισης νεοπλασμάτων είναι 6-7 φορές μεγαλύτερη και το νεόπλασμα είναι δυνατόν να εμφανιστεί σε όλα τα σημεία της δερματικής επιφάνειας του σώματος, ενώ στους νέγρους εντοπίζεται στους όνυχες, στην παλαμιαία και πελματιαία επιφάνεια των άκρων και στους βλεννογόνους

- Γεωγραφική κατανομή



Το ΚΜ εμφανίζει διακυμάνσεις στη συχνότητα και τη θνησιμότητα, οι οποίες επηρεάζονται από τη γεωγραφική θέση μιας περιοχής σε σχέση με τον ισημερινό και τη φυλετική και κοινωνική σύνθεση του πληθυσμού. Η συχνότητα και η θνησιμότητα του ΚΜ αυξάνονται όσο οι χώρες προσεγγίζουν τον ισημερινό. Η μεγαλύτερη ηλιοφάνεια, η χαμηλή υγρασία, η μέση υψηλή θερμοκρασία, ο ελαφρύς ρουχισμός και πολλές δραστηριότητες στο εξωτερικό περιβάλλον είναι οι συνθήκες κάτω από τις οποίες αυξάνεται η έκθεση των κατοίκων στις υπεριώδεις ακτίνες⁽¹²⁾.

3.2 ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΑΙΤΙΑ ΠΟΥ ΕΥΝΟΟΥΝ Η΄ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΤΗΝ ΕΞΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΕΡΙΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗΣ ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΙΚΗΣ ΜΕΛΑΝΩΣΗΣ ΠΡΟΣ ΚΑΚΟΗΘΗ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΑ.

Από όλους τους συγγραφείς γίνεται παραδεκτό ότι μηχανικά, καυστικά ή χρόνια ερεθίσματα, όπως και άστοχες ιατρικές επεμβάσεις συνεργούν ή προκαλούν κακοήθη μελανώματα.

Παραδείγματα τέτοιων επεμβάσεων είναι: Η κατάκαυση με πυρακτωμένο σίδηρο ή ξύλο ή με χιόνι ανθρακικού οξέως ή ατελής ηλεκτροπληξία καλοήθους μελανώματος⁽⁷⁾

ΕΡΕΘΙΣΤΙΚΟ ΑΙΤΙΟ	ΣΗΜΕΙΟ ΕΞΑΛΛΑΓΗΣ ΤΟΥ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ	ΤΥΧΗ ΑΣΘΕΝΗ
Φλογιστική αλοιφή	Εξέλκωση	απεβίωσε
Τραυματισμός με ξυράφι	Αιμορραγική εξέλκωση	13χρονη ίαση
Τραυματισμός από καλτσοδέτα	Εξέλκωση	απεβίωσε
Μηχανικά ερεθίσματα	Μεγέθυνση, εξέλκωση	7χρονη ίαση
Τραυματισμός από καλτσοδέτα	Εξέλκωση	απεβίωσε
Ξύσιμο με τα νύχια	Μεγέθυνση	7χρονη ίαση
Μηχανικό ερέθισμα	Μεγέθυνση, εξέλκωση	απεβίωσε
Μηχανικό τραύμα	Αιμορραγίες,	απεβίωσε

	μεγέθυνση, εξέλκωση	
Τραυματισμός	Αιμορραγίες, ογκίδιο	5χρονη ίαση
Πρακτικές αλοιφές	Μεγέθυνση	απεβίωσε
Κάκωση	εξέλκωση	Ίαση από 3,5
Αφαίρεση σπίλου με βελόνη από ασθενή	Διόγκωση και Αιμορραγίες	Ίαση από 3,5
Αφαίρεση σπίλου με ψαλίδι	Ογκίδιο και εξέλκωση	Απεβίωσε ¹

3.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

- ✓ **Οικογενειακό ιστορικό μελανώματος**
- ✓ **Άτυποι σπίλοι**
- ✓ **Ατομικό ιστορικό μελανώματος**
- ✓ **Εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα**
- ✓ **Πολλοί φυσιολογικοί σπίλοι**
- ✓ **Υπεριώδης ακτινοβολία**
- ✓ **Σοβαρά εγκαύματα**
- ✓ **Φακίδες**
- ✓ **Ανοιχτόχρωμο δέρμα⁽¹⁶⁾**

3.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ

Το μελάνωμα είναι σπάνιο νεόπλασμα. Μόνο 1-2% όλων των νεοπλασμάτων ανήκουν στο μελάνωμα. Η συχνότητα του όγκου είναι ίση σε άνδρες και γυναίκες. Η νόσος προσβάλλει άτομα 50-70 ετών και είναι σπανιότερη στην προεφηβική ηλικία. Ξανθά άτομα με ανοιχτόχρωμο δέρμα και γαλάζια μάτια είναι πολύ επιρρεπείς στη νόσο, ενώ αντίθετα οι μαύροι σπάνια παρουσιάζουν μελάνωμα και αν ποτέ προσβληθούν το παρουσιάζουν στο πέλμα σε ποσοστό 80%. Παρά τη σπανιότητα της νόσου ο αριθμός θανάτων από μελάνωμα έχει διπλασιαστεί τα τελευταία χρόνια. Η ταχεία αύξηση της συχνότητας και της θνησιμότητας του ΚΜ έχει επισημανθεί σε πολλά μέρη του κόσμου, όπως στις ΗΠΑ, την Αυστραλία, τη Νορβηγία⁽¹²⁾. Το μελάνωμα είναι ο συχνότερος ίσως καρκίνος στην Ελλάδα⁽¹⁷⁾.

3.5 Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΩΝ

Ο πίνακας που ακολουθεί είναι συγκριτικός της συχνότητας μεταξύ των σαρκωμάτων, των επιθηλιωμάτων, και κακοήθων μελανωμάτων του δέρματος⁽⁷⁾.

Κακοήθη μελανώματα δέρματος 140
Κακοήθη μελανώματα οφθαλμικού βολβού 21
Κακοήθη μελανώματα άνω γνάθου 3
Κακοήθη μελανώματα τυφλού εντέρου 1
Κακοήθη μελανώματα κλειτορίδας 1
Κακοήθη μελανώματα υποφάρυγγος 1

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ - ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ, ΗΛΙΚΙΑ, ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

Κατά τους περισσότερους συγγραφείς, τα κακοήθη μελανώματα του δέρματος εντοπίζονται κυρίως στα κάτω άκρα, κυρίως στους άκρους πόδες και ιδίως στα πέλματα. Ακολουθεί το πρόσωπο, ο κορμός και τέλος τα άνω άκρα. Ιδιαίτερα επίσης σπάνιες εντοπίσεις είναι στο δέρμα των γεννητικών οργάνων και μάλιστα στο αιδοίο και στο πέος. Στατιστικά, σε 140 περιπτώσεις ασθενών, η συχνότερη εντόπιση είναι:

Û ΚΕΦΑΛΗ
44%
Û ΚΑΤΩ ΑΚΡΑ
25%
Û ΚΟΡΜΟΣ
17%
Û ΑΝΩ ΑΚΡΑ
7%
Û ΕΞΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ
3%

Η συχνότερη ηλικία που προσβάλλει είναι μεταξύ 40 και 70 ετών, χωρίς να εξαιρούνται ούτε οι πολλοί μεγάλες ηλικίες, ούτε ακόμη και τα βρέφη. Ως προς το επάγγελμα, η συχνότητα αυτή εξαρτάται από την επαγγελματική σύνθεση των ασθενών που προσέρχονται

σε αντικαρκινικό ή άλλο θεραπευτικό ή διαγνωστικό κέντρο. Εάν δηλαδή εξυπηρετεί γεωργικό ή αστικό ή εργατικό πληθυσμό.

Σύμφωνα με τις στατιστικές⁽⁷⁾

○ ΑΣΤΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ 55%
○ ΓΕΩΡΓΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ 26%
○ ΕΡΓΑΤΙΚΟΣ 6%

Ο ακόλουθος πίνακας δείχνει την κατά φύλο κατανομή τους, όπως και εκείνη μεταξύ επιθηλιωμάτων, σαρκωμάτων και κακοηθών μελανωμάτων⁽⁷⁾

ΕΙΔΟΣ ΟΓΚΟΥ	(i) Άρρενες	(ii) Θήλεα	(iii) Σύνολο	%
Επιθηλίωμα Δέρματος	<u>1787</u>	<u>2207</u>	<u>3994</u>	<u>66%</u>
Σάρκωμα	<u>456</u>	<u>339</u>	<u>795</u>	<u>16,25%</u>
Κακοήθη μελανώματα	<u>44</u>	<u>58</u>	<u>102</u>	<u>2,08%</u>

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ Κ.Μ ΣΤΙΣ ΦΥΛΕΣ

	ΚΕΦΑΛΗ %	ΚΟΡΜΟΣ %	ΑΝΩ ΑΚΡΑ %	ΚΑΤΩ ΑΚΡΑ %
ΛΕΥΚΗ ΦΥΛΗ	18	34	23	25
ΜΑΥΡΗ ΦΥΛΗ	10	12	9	69
ΚΙΤΡΙΝΗ ΦΥΛΗ	20	8	16	56

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ	ΜΑΥΡΟΙ	ΛΕΥΚΟΙ
ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ	66 %	30 %
ΚΜ	22 %	2-5 %
ΒCΕ	12 %	65 %

ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ Κ.Μ ΑΝΑ 100000
ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ

(iv) ΤΟΠΟΣ	i) ΕΤΟΣ	(v) ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
<u>Βόρ. ΗΠΑ</u>	1935	1,2
	1977	7,2
<u>Νοτ. ΗΠΑ</u>	1980-81	9,0
	1980-81	26,0
<u>Ν.Μεξικό</u>	1969-71	14,0
<u>Άγγλοι</u>	1973-76	18,5
	1969-71	1,7
<u>Ν.Μεξικο</u>	1973-76	3,5
<u>Ισπανοί</u>	1950	2,3
	1969	6,5
<u>Νορβηγία</u>	1980	39,6
<u>Αυστραλία'</u>		

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ

Η αξιολόγηση του πρωτοπαθούς όγκου (T_α) στο Κ.Μ λαμβάνει υπόψιν τρία ιστολογικά κριτήρια:

- Το πάχος του όγκου (ΚΑΤΑ BRESLOW) κατά τη μέγιστη κάθετη διάμετρο του σε mm (η παρουσία μελανοκυττάρων στο επιθήλιο ιστών όπως τρίχες και σμηγματογόνοι αδένες του δέρματος δεν λαμβάνονται υπόψιν).
- Το επίπεδο βλάβης κατά Clark.
- Απουσία ή παρουσία δορυφόρων βλαβών σε απόσταση μικρότερη των 2cm από τη πρωτοπαθή βλάβη.

Η ΟΡΙΣΤΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ T_α ΣΤΗΡΙΖΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΥΤΩΝ ΤΩΝ 3 ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ. ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΥΠΑΡΧΕΙ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΠΑΧΟΥΣ ΤΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΟΥ CLARK, Η ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΟΥ T_α ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΠΛΕΟΝ ΔΥΣΜΕΝΟΥΣ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ ΕΥΡΗΜΑ⁽¹⁸⁾

Επίπεδα διήθησης του κακοήθους μελανώματος κατά CLARK

- Άτυπη μελανοκυτταρική < 0.75mm υπερπλασία
- Όγκος που διηθεί το σώμα < 0.75mm της επιδερμίδας
- Όγκος που εκτείνεται στο δικτυωτό σώμα της 0.75-1.50mm επιδερμίδας αλλά δεν διηθεί
- Όγκος που διηθεί το 1.40 –2.99mm δίκτυο της επιδερμίδας
- Όγκος που διηθεί το > 300mm υποδόριο

Σταδιοποίηση του μελανώματος με το σύστημα TNM

- α T - Πρωτοπαθής όγκος
- α Tx- Ο πρωτοπαθής όγκος δεν μπορεί να εκτιμηθεί (άγνωστη πρωτοπαθής εστία ή έχει εξαιρεθεί και δεν έχει εξεταστεί ιστολογικά)
- α To- Άτυπη μελανοκυτταρική υπερπλασία (επίπεδο Clark 1), μη κακοήθης βλάβη.
- α T1- Ο όγκος διηθεί το θηλώδες σώμα της επιδερμίδας ή το πάχος της βλάβης είναι 0.75mm ή μικρότερο.
- α T2- Ο όγκος διηθεί την επιφάνεια μετάπτωσης θηλώδους δικτυωτού σώματος της επιδερμίδας ή το πάχος της βλάβης είναι 0.76-1.50mm.
- α T3- Ο όγκος διηθεί το δικτυωτό σώμα της επιδερμίδας ή το πάχος της βλάβης είναι 1,51-3,00mm.

- α T4- Διήθηση υποδορίων ιστών ή το πάχος της βλάβης είναι 3.10mm ή μεγαλύτερο και υπάρχουν δορυφόροι σε απόσταση 2cm από το πρωτοπαθές μελάνωμα .
- α T1a-T2a-T3a-T4a- Παρουσία δορυφόρων βλαβών σε απόσταση μικρότερη των 2cm από την πρωτοπαθή βλάβη.
- α T1b-T2b-T3b- Παρουσία επιχώριων δορυφορικών βλαβών σε απόσταση μεγαλύτερη των 2mm από την πρωτοπαθή εστία ή σε μετάβαση μεταστάσεις κατευθυνόμενες προς την κύρια λεμφαγγειακή παροχτετευτική οδό⁽¹⁸⁾

(vi) ΕΠΙΧΩΡΙΟΙ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ-N

Nx	ΟΙ ΕΠΙΧΩΡΙΟΙ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ ΔΕΝ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΕΚΤΙΜΗΘΟΥΝ
N0	ΔΙΧΩΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΙΧΩΡΙΟΥΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ
N1a	ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΜΟΝΟ ΟΜΑΔΑ ΕΠΙΧΩΡΙΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΚΙΝΗΤΟΙ.

N1b	ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΜΑΖΙΚΩΝ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΣΤΟΥΣ ΕΠΙΧΩΡΙΟΥΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΚΑΘΗΛΩΜΕΝΟΙ.
N2a	ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΜΑΖΙΚΩΝ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΣΤΟΥΣ ΕΠΙΧΩΡΙΟΥΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΑ Ή ΕΤΕΡΟΠΛΕΥΡΑ Ή ΣΤΗΝ ΚΥΡΙΑ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΑ ΛΕΚΑΝΗ ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗΣ
N2b	ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΜΑΖΙΚΩΝ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΣΤΟΥΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ Ή ΚΑΘΗΛΩΜΕΝΟΙ ΑΔΕΝΕΣ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΑ Ή ΕΤΕΡΟΠΛΕΥΡΑ.

(vii) ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ Μ

- ü Mx- Δεν μπορεί να εκτιμηθεί η παρουσία ή απουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων.
- ü M0- Δεν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις.
- ü M1- Προσβολή του δέρματος ή υποδόριων ιστών μακράν της πρωτοπαθούς ή σε περιοχές με διάφορο λεμφαγγειακή παροχέτευση από τη πρωτοπαθή εστία.
- ü M2- Σπλαχνικές μεταστάσεις (διασπορά) σε οποιαδήποτε θέση ή οργάνου πλην δέρματος και υποδορίου⁽¹⁸⁾

4.2 ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ

Τα γενικά συμπτώματα είναι:

- α **Η αναιμία**, η οποία προκαλεί αιμορραγίες από εξελκώσεις ή διάβρωση αιμοφόρων αγγείων, μολύνσεις, μεταστάσεις, με αποτέλεσμα την ερυθροποίηση ή καταστολή του μυελού των οστών από τη χημειοθεραπεία ή την ακτινοθεραπεία.

- α **Ο πόνος**, ο οποίος εμφανίζεται συνήθως πολύ αργά και η παρουσιάζεται του εξαρτάται από το όργανο ή το σύστημα που προσβάλλει.

- α **Ο πυρετός**, ο οποίος τις περισσότερες φορές προέρχεται από μολύνσεις επιφανειακού όγκου ή άλλες προσβολές.

- α **Η καχεξία**, που χαρακτηρίζεται από απώλεια βάρους, μυϊκή αδυναμία, ανορεξία, και οξέωση. Μερικά από τα πιθανά αίτια της καχεξίας είναι τοξικά προϊόντα που εκκρίνει ο καρκίνος, επιβάρυνση της πέψης και απορρόφησης των τροφών, τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χημειοθεραπεία ή την ακτινοθεραπεία⁽¹⁹⁾.

Τα ειδικά συμπτώματα είναι:

- ✓ Η βαθμιαία και απότομη κατά έκταση ή όγκο αύξηση του μελαγχρωστικού σπίλου.
- ✓ Η εξέλκωση του κακοήθους μελανώματος. Το σύμπτωμα αυτό θεωρείται από τα σοβαρότερα .

- ✓ Η εμφάνιση αιμορραγιών.

- ✓ Η μεταβολή της χροιάς του σπίλου που συνήθως εμφανίζεται ως επίταση της έντασής της⁽⁷⁾.

Πρώιμα σημεία μελανώματος:

Ο ΚΑΝΟΝΑΣ ABCD ΤΩΝ ΑΜΕΡΙΚΑΝΩΝ

- ü OA-(ASYMMETRY)- Ασυμμετρία
- ü OB-(BORDER IRREGULAR)- Ανώμαλα και μη σαφή όρια.
- ü OC-(COLOR VARIED)- Ποικίλα χρώματα.
- ü OD-(DIAMETER >6mm)- Διάμετρος πάνω από 6 χιλιοστά έως 1,17cm⁽³⁾.

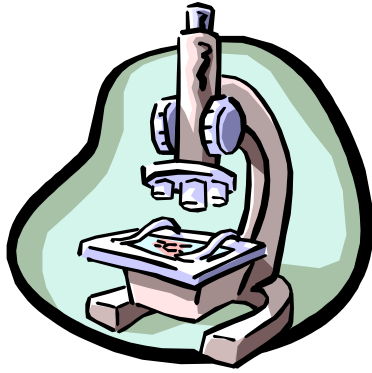
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Η διάγνωση του κακοήθους μελανώματος γίνεται με την βοήθειαQ

- ΠΛΗΡΟΥΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ
- ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ
- ΒΙΟΨΙΑΣ
- ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑΣ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ⁽²⁰⁾
- DNCB – ΤΕΣΤ ΔΕΡΜΑΤΟΣ⁽¹⁹⁾
- ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΛΑΝΙΝΗΣ ΣΤΑ ΟΥΡΑ
- ΤΕΧΝΗΤΑ ΡΑΔΙΕΝΕΡΓΑ ΙΣΟΤΟΠΑ⁽⁷⁾

Ο άρρωστος που υποβάλλεται σε εκτεταμένες διαγνωστικές εξετάσεις φοβάται τις ίδιες τις διαδικασίες και αγωνιά για τα αποτελέσματα των εξετάσεων. Στον άρρωστο και στην οικογένεια του επομένως, θα πρέπει να δίνονται οι απαραίτητες πληροφορίες για τις εξετάσεις που πρόκειται να εκτελεστούν και για το ρόλο του αρρώστου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας. Ο νοσηλευτής παρέχει ευκαιρίες στον άρρωστο και την οικογένεια να εκφράσουν τους φόβους τους για τα αποτελέσματα των εξετάσεων. Τους υποστηρίζει σε όλη την διαγνωστική περίοδο, ενισχύει και διευκρινίζει πληροφορίες που τους δόθηκαν από το γιατρό. Ο νοσηλευτής ακόμα ενθαρρύνει τον άρρωστο και τα μέλη της οικογένειάς του να επικοινωνούν, να μοιράζονται τα προβλήματα τους και να συζητούν τις ερωτήσεις τους ο ένας με τον άλλο⁽²⁰⁾.



5.2 ΒΙΟΨΙΑ

Αν ο ιατρός υποψιάζεται ότι το σημάδι στο δέρμα είναι μελάνωμα τότε ο ασθενής θα πρέπει, για να γίνει η τελική διάγνωση, να κάνει βιοψία⁽¹⁶⁾. Πρόκειται για τη λήψη μικρού τεμαχίου ιστού για παθολογοανατομική εξέταση και διάγνωση νεοπλασματικής αρρώστιας⁽¹⁹⁾. Η τεχνική που χρησιμοποιείται στη βιοψία είναι η αναρρόφηση ιστού με βελόνα, η αποκοπή τεμαχίου, η αφαίρεση τμήματος ή όλου του ύποπτου νεοπλάσματος. Το κάθε είδος της τεχνικής που χρησιμοποιείται για την βιοψία έχει μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα.

Η πρώτη τεχνική της αναρρόφησης ιστού με βελόνη είναι πολύ απλή, έχει μικρό κίνδυνο αιμορραγίας και γίνεται με τοπική αναισθησία. Τα μειονεκτήματα είναι ότι ο ιστός που λαμβάνεται δεν είναι αντιπροσωπευτικός της όλης επεξεργασίας και δεν αποκλείεται καρκινωματώδη κύτταρα να εναποτεθούν σε ιστούς, όργανα και κοιλότητες.

Η δεύτερη τεχνική εφαρμόζεται σε ορισμένες μόνο περιπτώσεις όπως καρκίνος του εντέρου και του στόματος. Η διασπορά σε αυτή την τεχνική είναι μάλλον απίθανη εφόσον ο ιστός είναι επιφανειακός εκτός αν συνδυαστεί με αιμορραγία.

Πάντως η αφαίρεση μικρού τμήματος για εξέταση προτιμάται σε εκτεταμένες νεοπλασίες, ενώ η ολική προτιμάται σε περιορισμένες νεοπλασίες⁽¹⁹⁾. Κατά τη διαδικασία ο γιατρός πρέπει να αφαιρέσει όλο τον ύποπτο όγκο. Αν ο όγκος είναι πολύ μεγάλος για να αφαιρεθεί με την βιοψία, ο γιατρός αφαιρεί ένα τμήμα του όγκου. Ο γιατρός δεν θα πρέπει να καυτηριάζει ή να κόβει τον όγκο που υποπτεύεται ότι είναι μελάνωμα. Η βιοψία μπορεί να γίνει στο γραφείο του γιατρού κάνοντας τοπική αναισθησία. Ο παθολογοανατόμος εξετάζει στην συνέχεια το δείγμα στο μικροσκόπιο. Πολλές φορές είναι απαραίτητο να εξεταστεί το δείγμα από περισσότερους γιατρούς⁽¹⁶⁾.

Επειδή η διαφορετική διάγνωση μεταξύ μελανώματος και μελαγχρωστικών σπύλων, αιμαγγειωμάτων, κερατώσεων, Καρσι σαρκώματος είναι δύσκολη και επισφαλής, κάθε καθυστέρηση της βιοψίας είναι επικίνδυνη. Βιοψία πρέπει να διενεργείται αμέσως μόλις ο ασθενής διαπιστώσει την εμφάνιση ενός σπίλου που δεν υπήρχε πριν. Το κάθε άτομο όμως έχει 10-20 σπίλους και η πιθανότητα κακοήθους εξαλλαγής του σπίλου είναι μία στο εκατομμύριο. Συνεπώς η εκτομή όλων των σπύλων είναι αντιοικονομική και μη πρακτική. Κάθε αλλαγή στο μέγεθος, στο σχήμα του σπίλου αποτελεί ένδειξη για βιοψία. **Ο γιατρός θα πρέπει να θυμάται ότι το μελάνωμα είναι νεόπλασμα, όμως τις περισσότερες φορές δεν είναι όγκος που προέχει και δεν είναι πάντα μαύρο. Επίσης θα πρέπει να θυμάται ότι η θεραπεία του εντοπισμένου μελανώματος είναι 100% επιτυχής ενώ η θεραπεία του προχωρημένου μελανώματος είναι σπανιότατα επιτυχής. Έγκυρη διάγνωση επομένως είναι ο καλύτερος τρόπος αγωγής⁽¹¹⁾.**

Ένα άτομο που χρειάζεται βιοψία μπορεί να ρωτήσει το γιατρό τις εξής ερωτήσεις

- **ΓΙΑΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΩ ΒΙΟΨΙΑ**
- **ΠΟΣΗ ΩΡΑ ΘΑ ΔΙΑΡΚΕΣΕΙ-ΘΑ ΠΟΝΕΣΕΙ**
- **ΑΝ ΜΠΟΡΕΙ Ο ΟΓΚΟΣ ΝΑ ΑΦΑΙΡΕΘΕΙ**
- **ΤΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΘΑ ΕΧΕΙ**
- **ΠΟΣΟ ΣΥΝΤΟΜΑ ΘΑ ΞΕΡΕΙ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**
- **ΑΝ ΕΧΩ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΟΙΟΣ ΘΑ ΜΟΥ ΠΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΤΕ**

5.3 ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Οι ακτινολογικές εξετάσεις χρησιμοποιούνται στη διάγνωση νεοπλασματικών νόσων που προκαλούν απόφραξη, νεοπλασμάτων του πεπτικού, αναπνευστικού και ουροποιητικού συστήματος, των οστών, καθώς και στην εκτίμηση του βάθους που ο όγκος πιέζει τους γύρω ιστούς⁽²⁰⁾.

5.4 ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Αποβλέπει στη διάγνωση του κακοήθους μελανώματος από την εξέταση της μορφολογικής κατάστασης των κυττάρων της νεοπλασίας που αποφολιδούνται (συνήθως μέσα σε εκκρίματα) ή τεχνικώς αποσπώνται (π.χ. με σκαριφισμούς) ή αναρροφούνται

π.χ. κατά την παρακέντηση του όγκου με βελόνα. Συγκεκριμένα για τα κακοήθη μελανώματα η κυτταρολογική μέθοδος εξέτασης σχετικώς σπάνια βρίσκει εφαρμογή, διότι πολύ περιορισμένος αριθμός περιπτώσεων κακοηθών μελανωμάτων εμφανίζει κατάλληλες συνθήκες λήψης αυτομάτως αποφολιδωμένων κυττάρων, ενώ η λήψη με σκαριφισμούς ή με παρακέντηση όγκου θεωρείται ως αντένδειξη, όπως και η βιοψία.

Οι Λ. Κουτηφάρη και Δ. Νικολάου ανακοίνωσαν τρεις περιπτώσεις επιβολβικών και βλεφαρικών κακοηθών μελανωμάτων στις οποίες η διάγνωση ετέθη με κυτταρολογική εξέταση. Συνήθως, η κυτταρολογική εξέταση δεν θέτει τη διάγνωση του κακοήθους μελανώματος, ενώ σπανιότερα αποφαίνεται για ύποπτο ή για πιθανό μελάνωμα.

5.5 ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΛΑΝΙΝΗΣ ΣΤΑ ΟΥΡΑ

Η αντίδραση μελανίνης στα ούρα δεν έχει ιδιαίτερη πρακτική αξία, διότι αποβαίνει θετική όταν η νεοπλασία έχει σχηματίσει ήδη απομακρυσμένες μεταστάσεις, οπότε και η διάγνωση έχει τεθεί κλινικώς και η θεραπεία του αρρώστου θεωρείται κατά κανόνα ανέφικτη.

5.6 ΤΕΧΝΗΤΑ ΡΑΔΙΕΝΕΡΓΑ ΙΣΟΤΟΠΑ

Οι Bauer και Steffan, στηριζόμενοι στο γεγονός, ότι τα κύτταρα με αυξημένο μεταβολισμό, όπως εκείνα του κακοήθους μελανώματος, συγκεντρώνουν μεγαλύτερη ποσότητα φωσφόρου

από τα κύτταρα με φυσιολογικό μεταβολισμό, όπως τα καλοήθη μελανώματα, επεδίωξαν τον εργαστηριακό διαχωρισμό μεταξύ τους. Για το λόγο αυτό εισήγαγαν ενδοφλεβίως ραδιενεργό φώσφορο σε ποσότητα 100-150 μικροκιουρί και μετά 1-3 ώρες παρακολούθησαν με το μετρητή Geiger-Muller την ακτινοβολία, πάνω από το ύποπτο κακόηθες μελάνωμα και πάνω από την αντίστοιχη θέση του δέρματος του σώματος.

Η διαγνωστική όμως δυσκολία δεν έγκειται τόσο στη διάκριση μεταξύ κακοήθους και καλοήθους μελανώματος όσο μεταξύ κακοήθους μελανώματος και φλεγμονών ή κοκκιοκυτταρικών όγκων (όπως κατόπιν εγκαυμάτων), στους οποίους, όπως και στα κακοήθη μελανώματα, παρατηρείται αυξημένη συγκέντρωση ραδιενεργού φωσφόρου. Έτσι δεν δυνάμεθα να διαχωρίσουμε στην κάθε περίπτωση για ποια ακριβώς αλλοίωση από αυτές πρόκειται⁽⁷⁾.

5.7 ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η κλινική διάγνωση των κακοηθών μελανωμάτων λαμβάνει ιδιαίτερη σπουδαιότητα, κυρίως από τον, κατά αρχήν , αποκλεισμό της βιοψίας για την ιστολογική διευκρίνιση της φύσης των όγκων αυτών. Τα κακοήθη μελανώματα, κατά ίση περίπτωση αναλογία, αναπτύσσονται:

- ✓ Πάνω στα καλοήθη μελανώματα, συγγενή ή επίκτητα.
- ✓ Πάνω σε περιγεγραμμένη προκαρκινική βλάβη.
- ✓ Πάνω σε, φαινομενικά τουλάχιστον, φυσιολογικό δέρμα.

Γενικά, το κακόηθες μελάνωμα εμφανίζεται στην αρχή σαν μελανή κηλίδα ή σαν βλατίδα κυανόμαυρη ή καστανόμαυρη, μεγέθους φακής που μεγεθύνεται με διαφορετική ταχύτητα. Η βεβαιότητα της κλινικής διάγνωσης κλιμακώνεται ως εξής:

-Η κλινική διάγνωση δύναται να είναι ασφαλής για τον ειδικό γιατρό, όταν υπάρχει μελανή διόγκωση, εξελκωμένη ή όχι, που προέχει ή όχι γύρω από το δέρμα και αναπτύχθηκε είτε πάνω σε καλόηθες μελάνωμα, συγγενές ή επίκτητο, ή πάνω σε περιγεγραμμένη προκαρκινωτική μελάνωση είτε τέλος στο φυσιολογικό δέρμα. Διαπιστώνονται όμως συγχρόνως και χαρακτηριστικές δερματικές μεταστάσεις, συνηθέστερα πολλαπλές, μελανωτικές ή κυανωτικές κοντά στη πρωτοπαθή εστία. Η κλινική διάγνωση είναι ακόμη ασφαλέστερη όταν διαπιστώνονται και μεγάλου μεγέθους, σκληρές, πολλαπλές, σύστοιχες προς την πρωτοπαθή εστία λεμφαδενικές μεταστάσεις στα σπλάχνα, όπως π.χ. διαπιστώνονται ακτινολογικώς ή ψηλαφητικώς στο ήπαρ.

-Η κλινική διάγνωση είναι σχεδόν βέβαιη όταν υπάρχουν όλα τα ευρήματα της βέβαιας και λείπουν μόνο οι δερματικές μεταστάσεις γύρω από τη πρωτοπαθή εστία.

-Είναι πολύ πιθανή η διάγνωση κακοήθους μελανώματος όταν κατά τα τελευταία 5 έτη έχουν επισημανθεί στο καλόηθες μελάνωμα ή την περιγεγραμμένη προκαρκινική μελάνωση ένα ή περισσότερα κλινικά σημεία της κακοήθους τους εξαλλαγής.

-Η κλινική διάγνωση είναι αδύνατη, τόσο στα άχρωα ή τα μερικώς χρωματισμένα κακοήθη μελανώματα, όσο και σε εκείνα που αναπτύχθηκαν σε μελανοχρωστικούς σπίλους που μεγεθύνονται βραδύτατα ή δεν μεγεθύνονται καθόλου ή δεν

εμφανίζονται κλινικά σημεία της κακοήθειας. Δύσκολη ή αδύνατη είναι επίσης η διάγνωση όταν το μελάνωμα εντοπίζεται αρχικώς κάτω από το νύχι και δεν εμφανίζει τα τυπικά σημεία παρουσίας κακοήθους μελανώματος⁽⁷⁾.

5.8 DNCB – ΤΕΣΤ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το ανοσοβιολογικό σύστημα προφανώς παίζει σημαντικό ρόλο στην παρεμπόδιση της ανάπτυξης του καρκίνου και την καταστροφή καρκινικών κυττάρων που αναπτύσσονται. Το DNCB-τεστ δέρματος είναι η μέθοδος που συγχρόνως χρησιμοποιείται και για να εκτιμηθεί κατά πόσο το ανοσοβιολογικό σύστημα του αρρώστου εργάζεται καλά. Περίπου 90-95 % των υγιών ατόμων μπορούν να ευαισθητοποιηθούν στο dinitrochlorobenzene, όταν τοποθετείται σε μικρή έκταση του δέρματος.

Στα υγιή άτομα η αντίδραση του τεστ δέρματος είναι θετική. Αναπτύσσεται ερυθρότητα, κνησμός και ίσως φουσαλίδες σε 24-48 ώρες. Μετά από 14 μέρες δίνεται η δεύτερη δόση του DNCB και εμφανίζει δερματική ευαισθησία. Τα αρνητικά άτομα έχουν περιορισμένη ικανότητα να αντιδράσουν σε ειδικά αντιγόνα. Η πρόγνωση στα αρνητικά άτομα με ταχέως εξελισσόμενο καρκίνο είναι πολύ καλή. Ακόμη με το DNCB εκτιμάται η ανοσοβιολογική επάρκεια του αρρώστου πριν και κατά τη διάρκεια της ακτινοχημειοθεραπείας, εφόσον και τα δύο αυτά είδη θεραπείας καταστέλλουν τον ανοσοβιολογικό μηχανισμό του αρρώστου⁽¹⁹⁾.

МЕРՈՅ ԱԵՄԵՐՈ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΠΡΟΛΗΨΗ

Τα μέτρα πρόληψης μπορούν να ταξινομηθούν σε μέτρα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα κυρίως προληπτικά μέτρα, που έχουν ως σκοπό την αποφυγή έναρξης των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν τελικά στη νόσηση και στο θάνατο. Τέτοια είναι τα μέτρα με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικά αιτιολογικών παραγόντων ή η αποφυγή έκθεσης σε αυτούς ή η ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σε αυτούς. Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν είδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προσυμπτωματική διάγνωση των νοσημάτων στο κατά δυνατό πρωιμότερο στάδιο. Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς πρόληψης ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων δευτερογενούς πρόληψης είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διάγνωσης⁽¹⁷⁾.

6.1.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

I. Η ΑΝΑΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Η ανακάλυψη των καρκινικών παραγόντων μπορεί να γίνει με τρεις κατηγορίες ερευνών: σε ανθρώπους, σε πειραματόζωα, και σε μικροβιακές καλλιέργειες. Οι έρευνες σε ανθρώπους είναι οι περισσότερο αποτελεσματικές, μονολότι είναι αναγκαστικά μη-πειραματικές. Τα 3/4 των γνωστών καρκινογόνων παραγόντων έχουν επισημανθεί με επιδημιολογικές έρευνες. Οι έρευνες σε πειραματόζωα, συγκρινόμενες με τις επιδημιολογικές, έχουν ένα σημαντικό πλεονέκτημα (είναι πειραματικές) και ένα σημαντικό μειονέκτημα (ο άνθρωπος δεν έχει τον ίδιο μεταβολισμό με τα διάφορα πειραματόζωα και έτσι υπόκειται σε διαφορετικές καρκινογενετικές επιδράσεις⁽¹⁷⁾).

II. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Στην Ελλάδα γνωρίζουμε σήμερα την αιτία του 1/3 των περιπτώσεων καρκίνου. Ο κυριότερος γνωστός αιτιολογικός παράγοντας είναι το κάπνισμα, και ακολουθούν μερικοί βιομηχανικοί παράγοντες, οι ιονίζουσες ακτινοβολίες, άλλοι ιατρογενείς παράγοντες και οι υπεριώδεις ακτινοβολίες. Η αντιμετώπιση των ύποπτων καρκινογόνων παραγόντων είναι αναγκαστικά πολυεστιακή, ελαστική και μεταβαλλόμενη σε συνάρτηση με τις νεοαποκτώμενες επιστημονικές γνώσεις.

Στο χώρο των ιατρογενών καρκίνων τα προβλήματα είναι της βελτίωσης της διαγνωστικής και θεραπευτικής τεχνολογίας και της δυναμικής στάθμισης των κατά περίπτωση ωφελημάτων και κινδύνων. Τέλος ο περιορισμός της έκθεσης σε ιονίζουσες και

υπεριώδεις ακτινοβολίες, η μείωση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, η λήψη προστατευτικών μέτρων των ανοιχτόχρωμων ατόμων και οι γενετικές συμβουλές μπορεί να συμβάλλουν σε ποικίλο βαθμό στη μείωση της επίπτωσης του κακοήθους μελανώματος⁽¹⁷⁾.

6.1.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

(α) ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Η δευτερογενής πρόληψη των κακοηθών νεοπλασμάτων βασίζεται στη προσυμπτωματική τους διάγνωση κατά τη διάρκεια της προδιηθητικής φάσης ή, σπανιότερα, κατά τη διάρκεια άλλων καρκινογενετικών φάσεων. Μονολότι χρήσιμη, η δευτερογενής πρόληψη είναι λιγότερο αποτελεσματική από ότι γενικά πιστεύεται. Υπάρχουν τέσσερις λόγοι που οδηγούν σε πλασματική υπερεκτίμηση της χρησιμότητας της δευτερογενούς προλήψεως, ακόμη και όταν αυτή δεν είναι καθόλου αποτελεσματική:

A)επειδή με τον προσυμπτωματικό έλεγχο επιταχύνεται η διάγνωση, φαίνεται ότι παρατείνεται η διάρκεια της νόσου ακόμα και όταν δεν υπάρχει καμία ουσιαστικά μετάθεση του χρόνου θανάτου

B)στον προσυμπτωματικό έλεγχο διαπιστώνονται συχνότερα οι περιπτώσεις που εξελίσσονται αργά (και έχουν προφανώς καλύτερη πρόγνωση) παρά εκείνες που εξελίσσονται γρήγορα.

Γ)τα άτομα που υποβάλλονται σε προσυμπτωματικό έλεγχο διαφέρουν από εκείνα που δεν υποβάλλονται ως προς πολλά χαρακτηριστικά, μερικά από τα οποία συσχετίζονται με τις παραμέτρους της κλινικής επιβίωσης.

Δ)στο προσυμπτωματικό έλεγχο μπορεί να συνεκτιμηθούν ως κακοήθεις νεοπλασίες και προνεοπλασματικές ή παρανεοπλασματικές καταστάσεις δυσδιευκρίνιστης φύσης και καλοηθέστερης πρόγνωσης από τις αντίστοιχες νεοπλασματικές καταστάσεις⁽¹⁷⁾.

ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Ο γιατρός ή η νοσηλεύτρια μπορούν να διδάξουν τον ασθενή πώς να κάνει την εξέταση. Αν ο γιατρός πάρει φωτογραφίες από το δέρμα του ασθενή, αυτός μπορεί να το συγκρίνει κάθε φορά και να ελέγχει τις αλλαγές που μπορεί να συμβούν. Η καλύτερη στιγμή για αυτοεξέταση είναι μετά το μπάνιο ή το ντους. Πρέπει η εξέταση στο δέρμα να γίνεται σε φωτισμένο δωμάτιο, χρησιμοποιώντας καθρέφτη χειρός. Αρχικά ο ασθενής πρέπει να μαθαίνει που βρίσκονται οι σπίλοι και τι μέγεθος έχουν. Ο έλεγχος αφορά οτιδήποτε καινούριο:

- a) καινούριο σπίλο
- b) αλλαγή στο μέγεθος, στο σχήμα, το χρώμα του σπίλου

Το σώμα ελέγχεται από το κεφάλι μέχρι τα δάχτυλα. Πρέπει να ελέγχονται όλες τις περιοχές του σώματος περιλαμβάνοντας την πλάτη, το κρανίο, ανάμεσα στα δάχτυλα και σε όλες γενικά τις περιοχές του σώματος.

- ✓ Ελέγχονται πρόσωπο, νύχια, αυτιά, μπορεί να χρειαστεί να χρησιμοποιηθεί χτένα για να μετακινηθούν τα μαλλιά.
- ✓ Το σώμα ελέγχεται μπροστά και πίσω σε έναν καθρέφτη, μετά ανασηκώνονται τα χέρια αριστερά και δεξιά.

- ✓ Ελέγχονται προσεκτικά τα δάχτυλα, οι παλάμες, οι αγκώνες και τα μπράτσα.
- ✓ Ελέγχονται τα πόδια πίσω, μπροστά και πλάγια.
- ✓ Σε καθιστή θέση εξετάζονται οι πατούσες, συμπεριλαμβάνοντας τα δάχτυλα και τα μεσοδακτύλια διαστήματα.

Η ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΒΟΗΘΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΝΑ ΕΞΟΙΚΕΙΩΘΕΙ ΜΕ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ. ΙΣΩΣ ΝΑ ΦΑΝΕΙ ΧΡΗΣΙΜΟ ΝΑ ΣΗΜΕΙΩΝΟΝΤΑΙ ΟΙ ΗΜΕΡΕΣ ΤΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΝΑ ΚΡΑΤΟΥΝΤΑΙ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ. ΑΝ ΠΑΡΑΤΗΡΕΙΤΑΙ ΚΑΤΙ ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΟ, ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ Η ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΓΙΑΤΡΟ⁽¹⁶⁾.

- Ø *Εξέταση των σπύλων 1 φορά το χρόνο από δερματολόγο*
- Ø *Αυτοεξέταση κάθε μήνα*
- Ø *Σημάδια που θα μας οδηγήσουν στο δερματολόγο*
- Ø *Αποφυγή έκθεσης στον ήλιο 11 π. μ.-4 π. μ.*
- Ø *Καπέλο με μεγάλο γείσο*
- Ø *Γυαλιά ηλίου*
- Ø *Ρουχισμός με πυκνή ύφανση-το βρεγμένο ρούχο προστατεύει λιγότερο από το στεγνό*
- Ø *Χρήση σκιάς-ομπρέλας*

- Ø Αποφυγή αντανάκλασης ήλιου (χιόνι, νερό, τσιμέντο)**
- Ø Αποφυγή τεχνητού μαυρίσματος**
- Ø Αντηλιακά με δείκτη προστασίας πάνω από 15.**
- Ø Επάλειψη 20min πριν την έκθεση στον ήλιο.**
- Ø Ανανέωση κάθε 2 ώρες.**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ

Η θεραπεία εξαρτάται από το στάδιο της νόσου, τους παθολογοανατομικούς χαρακτήρες του πρωτοπαθούς όγκου, τον εντοπισμό του και τη γενική κατάσταση του αρρώστου.

1) Αντιμετώπιση του πρωτοπαθούς μελανώματος

Η θεραπεία αρχίζει με μια λεπτομερή ιστολογική εξέταση του μελανώματος μετά την κατάλληλη βιοψία. Η βιοψία περιλαμβάνει ολόκληρο το μελάνωμα με 0,5cm δέρματος γύρω από αυτό. Αν η διάγνωση είναι εμφανής, η βιοψία γίνεται υπό γενική αναισθησία, διότι ορισμός του επιπέδου και πάχους διηθήσεως είναι δυνατό να γίνει με ταχεία βιοψία, οπότε ακολουθεί αμέσως ευρεία εκτομή. Διαφορετικά η βιοψία γίνεται με τοπική αναισθησία του πεδίου. Ένεση τοπικού αναισθητικού γίνεται μακριά από το μελάνωμα.

Ανεξαρτήτως ιστολογικών χαρακτήρων, όλα τα μελανώματα αντιμετωπίζονται με ευρεία εκτομή, εκτός εάν υπάρχει γενικευμένη μετάσταση οπότε η τοπική θεραπεία δεν έχει νόημα. Η έκταση της εκτομής εξαρτάται από την εντόπιση. Στο πρόσωπο η εκτομή είναι πιο συντηρητική από ό,τι είναι στον κορμό. Γενικά η εκτομή περιλαμβάνει 5cm δέρματος γύρω από το μελάνωμα, αν και μερικά μελανώματα είναι δυνατό να αφαιρεθούν με μικρότερο εύρος εκτομής. Αποκατάσταση γίνεται ή με τοπικούς δερματικούς κρημνούς ή με δερματικά μοσχεύματα.

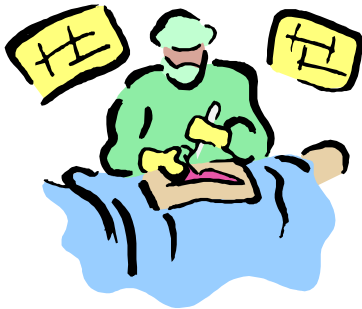
2) Αντιμετώπιση επιχώριων λεμφαδενικών και λεμφαγγειακών μεταστάσεων

Όταν οι επιχώριοι λεμφαδένες είναι κλινικώς διηθημένοι πρέπει να αφαιρούνται μαζί με το πρωτοπαθές μελάνωμα και τον μεταξύ τους υποδόριο ιστό, εκτός αν υπάρχει γενικευμένη μετάσταση. Η θεραπεία περιλαμβάνει ριζική λεμφαδενεκτομή. Προκαταρκτική βιοψία δεν χρειάζεται επειδή μπορεί να διασπείρει κύτταρα στους γύρω ιστούς αν ο αδένας είναι θετικός, ενώ αφ'έτερου δεν μπορεί να αποκλείσει το ενδεχόμενο ότι οι υπόλοιποι αδένες είναι διηθημένοι όταν ο αδένας είναι αρνητικός. Όταν η απόσταση ανάμεσα στο μελάνωμα και στους αδένες είναι μεγάλη, όπως στα άκρα, τότε είναι δυνατό να γίνει απομόνωση του σκέλους και διαπότιση με κυτταροστατικά υπό συνθήκες εξωσωματικής κυκλοφορίας .

Όταν οι επιχώριοι λεμφαδένες είναι κλινικώς αρνητικοί, η αγωγή εξαρτάται από το επίπεδο και το πάχος διήθησης του δέρματος από την πρωτοπαθή εστία. Επειδή οι λεμφαδενικές μεταστάσεις είναι πολύ σπάνιες, όταν το επίπεδο διήθησης του δέρματος είναι I και II και το πάχος διήθησης κάτω των 1,2 χιλιοστών, οι άρρωστοι αυτοί αντιμετωπίζονται με ευρεία τοπική εκτομή μόνο. Ευρεία εκτομή συν ριζική λεμφαδενεκτομή και εκτομή του μεταξύ του μελανώματος και των αδένων υποδόριου ιστού γίνεται σε άρρωστο όπου η διήθηση έχει προχωρήσει στο επίπεδο III,IV, και V και το πάχος διήθησης είναι μεγαλύτερο των 1,2 χιλιοστών. Μερικοί πιστεύουν ότι λεμφαδενεκτομή δεν χρειάζεται όταν οι αδένες είναι κλινικώς αρνητικοί διότι η θεραπεία μπορεί να γίνει όταν οι αδένες προσβληθούν με εξ ίσου καλά αποτελέσματα. Άλλοι πιστεύουν ότι λεμφαδενεκτομή είναι απαραίτητη διότι 30% των κλινικώς αρνητικών αδένων περιέχουν

μεταστάσεις. Οι διαφωνίες εδώ οφείλονται στο γεγονός ότι η λεμφαδενεκτομή ωφελεί μόνο έναν στους 16 αρρώστους και δεν υπάρχει τρόπος να διαπιστώσει κανείς ποιοι άρρωστοι έχουν λεμφαδενική μετάσταση χωρίς να έχουν γενικευμένη εξάπλωση της νόσου⁽¹¹⁾.

7.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ



Η χειρουργική αποτελεί την κύρια θεραπευτική αντιμετώπιση του κακοήθους μελανώματος, αφού η ριζική εκτομή της πρωτοπαθούς εστίας είναι ικανή για την ίαση του ασθενή. Το εύρος της επέμβασης συνδέεται με το πάχος της βλάβης, την ανατομική θέση, την φύση και την έκταση του μελανώματος⁽²⁾.

Με βάση τη συμπεριφορά των μελανοκυττάρων και τη δραστηριότητά τους είναι σαφές ότι πρέπει να συναφαιρείται ένα μεγάλο τμήμα υγιούς δέρματος γύρω από το μελάνωμα ανεξάρτητα επιπέδου. Η έκταση αυτή είναι περίπου 3-4 εκατοστά από την πρωτοπαθή εστία και προς όλες τις κατευθύνσεις. Βέβαια η έκταση εξαρτάται από την ιστολογική υφή του μελανώματος και την εντόπιση. Έτσι, σε περιπτώσεις κακοήθους φακής, η συναφαιρούμενη έκταση μπορεί να περιορισθεί στα 2 εκατοστά περίπου, ενώ σε μελανώματα του προσώπου δεν είναι δυνατή

αυτή η εκτεταμένη αφαίρεση του δέρματος χωρίς σοβαρές λειτουργικές ανωμαλίες. Ως προς το βάθος, η εκτομή πρέπει να γίνεται μέχρι την υποκείμενη περιτονία διότι αυτή χρησιμεύει σαν φραγμός για τη λεμφική διασπορά της νόσου. Όμως μερικοί ερευνητές αμφισβητούν την αξία της περιτονίας αυτής, υποστηρίζοντας ότι πρέπει να συναφαιρείται.

Η αφαίρεση των σύστοιχων περιοχικών λεμφαδένων εξαρτάται α) από το αν υπάρχουν κλινικά σημεία διογκώσεως τους και β) από το στάδιο του μελανώματος. Έτσι, όταν οι λεμφαδένες είναι διογκωμένοι, πρέπει να συναφαιρούνται μαζί με την εκτομή της πρωτοπαθούς εστίας ή και αργότερα όταν διαπιστωθούν κατά την παρακολούθηση του ασθενή. Όταν η πρωτοπαθής εστία είναι στο III ή IV επίπεδο κατά Clark, τότε συνίσταται η εκτομή των σύστοιχων λεμφαδένων ακόμα κι αν δεν υπάρχουν κλινικά σημεία διογκώσεώς τους. Αντίθετα, η λεγόμενη προφυλακτική λεμφαδενεκτομή γενικά σε όλα τα μελανώματα δεν έχει πλέον θέση, αφού είναι γνωστό ότι το 30% των ασθενών εμφανίζουν αιματογενείς μεταστάσεις χωρίς λεμφογενή διασπορά. Επίσης, καμιά στατιστική μελέτη δεν απέδειξε καλύτερη επιβίωση της εκτομής της πρωτοπαθούς εστίας όταν συνδυάζεται με προφυλακτική λεμφαδενεκτομή.

Τέλος, από ανοσοβιολογικής πλευράς υποστηρίζεται η αξία των μεγάλων λεμφαδενικών ομάδων στην ανάπτυξη της κυτταρικής κυρίως ανοσίας, που βοηθά στην καταπολέμηση των νεοπλασματικών κυττάρων⁽²⁾. Παρόλο που οι ασθενείς μπορεί να έχουν κάποιο πόνο κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών μετά την εγχείρηση, αυτός ο πόνος μπορεί να ελεγχθεί με φάρμακα. Οι ασθενείς θα πρέπει να αισθάνονται ελεύθεροι να συζητούν για την ανακούφιση του πόνου με την ομάδα φροντίδας υγείας. Ο χρόνος

που χρειάζεται για την ανάρρωση από την εγχείρηση ποικίλλει σε κάθε ασθενή.

Για να αποφύγουν τη δημιουργία μεγάλων ουλών, οι γιατροί αφαιρούν όσο το δυνατόν λιγότερους ιστούς. Γενικά, η ουλή από την εγχείρηση για την αφαίρεση του μελανώματος είναι μία μικρή γραμμή που εξαφανίζεται με τον καιρό. Το πόσο αξιοσημείωτη μπορεί να είναι η ουλή εξαρτάται από το που βρισκόταν το μελάνωμα και το πόσο καλά το άτομο αναρρώνει. Όταν ο όγκος είναι μεγάλος και πυκνός, ο γιατρός πρέπει να αφαιρέσει περισσότερο δέρμα γύρω από τον όγκο και άλλους ιστούς (συμπεριλαμβανομένου του μυός)⁽¹⁾.

7.3 ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Παρότι το κακόηθες μελάνωμα είναι ανοσοεξαρτώμενος όγκος, όλες οι κλινικές προσπάθειες για τη θεραπεία του μελανώματος με ανοσοδιέγερση δεν έχουν μέχρι σήμερα δώσει ενθαρρυντικά αποτελέσματα⁽²⁾. Ενθαρρυντικές ενδείξεις απέφερε η χορήγηση ιντερφερόνης. Η χρήση ιντερλευκίνης, σύμφωνα με μελέτες προερχόμενες από το NIH, έχει ικανοποιητικό αποτέλεσμα στο 50% των περιπτώσεων. Συνοδεύεται όμως από μεγάλο βαθμού τοξικότητα.

Λογικά η έρευνα σε ότι αφορά τη θεραπεία ενός όγκου με τόσο μεγάλη κακοήθεια βρίσκεται προς την κατεύθυνση της αξιοποίησης των γνώσεων, οι οποίες είναι σχετικές με τη βιολογία και τη βιοχημεία του μελανοκυττάρου, του ρόλου της MSH (melanocyte-stimulating hormone) και των υποδοχέων της ορμόνης αυτής επί

της κυτταρικής επιφάνειας του μελανοκυττάρου. Είναι προφανές ότι μέσω του σημείου αυτού είναι δυνατόν να βρεθεί λύση στο θεραπευτικό πρόβλημα.

Η θεραπευτική χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων φαίνεται επίσης να έχει ενθαρρυντικά αποτελέσματα μέσω της χρήσης του αντιγαγγλιοειδικού αντισώματος. Ο βασικός σχεδιασμός σε ότι αφορά τη χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων στηρίζεται στη δυνατότητα συνδέσεως των αντισωμάτων αυτών με μια ραδιενεργό ή κυτταροτοξική ή απλώς τοξική ουσία, όπως η ticin, και η έκλυση της δράσης αυτών επί του νεοπλασματικού κυτταρικού στόχου⁽²⁾.

7.4 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Εφαρμόζεται σε ασθενείς με γενικευμένη νόσο. Ωστόσο, είναι χρήσιμο η χημειοθεραπεία να μην είναι εμπειρική και επί τη βάση αυτοσχεδιασμών, αλλά επί τη βάση διεθνών πρωτοκόλλων πολυκεντρικών μελετών⁽¹⁴⁾. Το πλέον αποτελεσματικό σχήμα χημειοθεραπείας θεωρείται η χορήγηση Cisplatin και DTIC. Μεγάλες όμως στατιστικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η παράταση της επιβίωσης στους ασθενείς με γενικευμένη νόσο υπό χημειοθεραπεία είναι μικρή, ενώ οι παρενέργειες των φαρμάκων αυτών καταβάλλουν περισσότερο τη γενική κατάσταση των ασθενών. Η πραγματικότητα αυτή οδηγεί στην άποψη πολλών διακεκριμένων επιστημόνων, οι οποίοι απορρίπτουν τη χημειοθεραπεία με τα σημερινά σχήματα ως θεραπευτική μέθοδο στην αντιμετώπιση του μελανώματος.

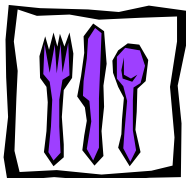
Η χρήση μεγάλων τοξικών δόσεων χημειοθεραπευτικών (Melphalan κ.α) χρησιμοποιείται στη θεραπεία του μελανώματος από το 1975 με τη μορφή της περιοχικής εξωσωματικής έγχυσης. Τόσο αυτή όσο και ο συνδυασμός με υποθερμία έχει δώσει ικανοποιητικά αποτελέσματα, ιδιαίτερα σε δορυφορικές μεταστάσεις των άκρων. Δυστυχώς όμως δεν φαίνεται να συμβάλλει στη θεραπεία αλλά στην πρόσκαιρη υποστροφή των μεταστάσεων⁽²⁾.

7.5 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΟΣ

7.5.1 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Κατά το διάστημα της χημειοθεραπείας πολλοί άρρωστοι είναι δραστήριοι. Μερικοί όμως βρίσκουν αναγκαίο να εφαρμόσουν έναν αργό τρόπο ζωής. Ο χρυσός κανόνας είναι να κάνει ο ασθενής αυτό που του αρέσει χωρίς να πιέζεται.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ



Η καλή διατροφή δίνει στον άρρωστο την καλύτερη δυνατή ευκαιρία να παλέψει για δύο πράγματα, για την αρρώστια του και για τη θεραπεία της.

Οι γιατροί, οι νοσηλεύτες, οι διαιτολόγοι και όσοι ασχολούνται με τη διατροφή βρίσκουν πως οι ασθενείς που τρέφονται σωστά κατά τη διάρκεια της θεραπείας μπορούν

καλύτερα να αντεπεξέλθουν στις παρενέργειές της. Καλή διατροφή σημαίνει να διαλέξει ο άρρωστος μια ποικιλία τροφών που να περιλαμβάνει βιταμίνες, μεταλλικά άλατα, πρωτεΐνες και άλλα στοιχεία, που δίνουν τη δυνατότητα στον οργανισμό να λειτουργεί κανονικά. Μια σωστή δίαιτα περιλαμβάνει υψηλή ποσότητα θερμίδων και πολλές πρωτεΐνες που βοηθούν στην ανάπλαση του αίματος, του επιθηλίου του γαστρεντερικού συστήματος, των μαλλιών, του δέρματος, των μυών κλπ. Οι πρωτεΐνες χρησιμοποιούνται για την καλή υγεία των ιστών του σώματος που μπορεί να καταστραφούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Μερικοί ειδικοί επί της διατροφής πιστεύουν ότι κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, μπορεί να χρειάζεται ο οργανισμός 50% περισσότερες πρωτεΐνες από τις συνηθισμένες και 20% περισσότερες θερμίδες.

Για να επιτευχθεί η διατήρηση μιας σωστής δίαιτας, πρέπει να συμπεριληφθούν οι ακόλουθες τέσσερις κατηγορίες τροφών στο καθημερινό πρόγραμμα διατροφής του αρρώστου: 1) φρούτα και λαχανικά, 2) πουλερικά, ψάρια και κρέατα, 3) δημητριακά και ψωμί, 4) γαλακτερά.

ΛΗΨΗ ΥΓΡΩΝ: Μερικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να επηρεάσουν την κύστη ή τα νεφρά. Ο άρρωστος θα πρέπει να ρωτήσει το γιατρό ή τη νοσηλεύτρια εάν αυτό συμβαίνει με τα δικά του φάρμακα και πόσα υγρά πρέπει να πίνει καθημερινά. Ίσως χρειαστεί να πίνει και επιπλέον υγρά για να διατηρήσει καλή τη λειτουργία των νεφρών του (ως και 8 ποτήρια ημερησίως). Το νερό, οι χυμοί, το τσάι, τα αναψυκτικά, το παγωτό, η σούπα, οι γρανίτες και το ζελέ θεωρούνται υγρά. Τα ποτά που έχουν οινόπνευμα πρέπει να εξεταστούν χωριστά. Το οινόπνευμα μπορεί να επηρεάσει μερικά από τα φάρμακα εμποδίζοντας την

αποτελεσματικότητά τους ή να προκαλέσει περισσότερες παρενέργειες. Γι 'αυτό το λόγο μερικοί άνθρωποι πρέπει να περιορίζουν τη λήψη του οινόπνεύματος κατά τη χημειοθεραπεία.

7.5.2 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Οι παρενέργειες που εμφανίζονται συνήθως είναι ναυτία, εμετός, κούραση και απώλεια μαλλιών. Το αν θα έχει και άλλες παρενέργειες ο άρρωστος εξαρτάται από τα φάρμακα που χρησιμοποιεί και από την αντίδραση του οργανισμού του. Υπάρχουν πάνω από 50 φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη χημειοθεραπεία, μόνα τους ή σε διάφορους συνδυασμούς, για να θεραπεύσουν πάνω από 250 είδη καρκίνου. Συνεπώς είναι δύσκολο να ξέρουμε εκ των προτέρων εάν ένας συγκεκριμένος ασθενής θα έχει μια συγκεκριμένη παρενέργεια. Μερικές παρενέργειες π.χ. κούραση, απώλεια μαλλιών, μπορεί να αρχίσουν από τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας και να συνεχιστούν μέχρι το τέλος. Άλλες όπως η ναυτία και ο εμετός μπορεί να συμβούν για λίγες μόλις ώρες κατά ή μετά τη θεραπεία. Οι περισσότερες παρενέργειες θα εξαφανιστούν βαθμιαίως μόλις σταματήσει η θεραπεία.

Το πόσο γρήγορα θα αισθανθεί καλύτερα ο άρρωστος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες συμπεριλαμβανομένης της ανοσιακής του κατάστασης και του είδους του φαρμάκου που παίρνει. Συνοπτικά οι παρενέργειες που προκαλούν τα φάρμακα της χημειοθεραπείας είναι: 1)ανορεξία, 2)ναυτία, εμετός, 3)διάρροια, 4)δυσκοιλιότητα, 5)στοματίτιδα, 6)λευκοπενία, 7)αναιμία, 8)θρομβοπενία, 9)τριχόπτωση, 10)ευαισθησία στο φως, 11)προβλήματα ουροποιητικού συστήματος, 12)προβλήματα

νευροφυτικού συστήματος, 13)προβλήματα δέρματος,
14)προβλήματα από το γεννητικό σύστημα.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να είναι:

- ασυνήθιστες αιμορραγίες (αίμα στα ούρα, στα εμέσματα, στα ούλα, στα κόπρανα, ρινική επίσταξη, μητρορραγίες)
- εξάνθημα και πετέχειες στο δέρμα
- υπερπυρεξία
- κόπωση, δύσπνοια
- στοματαλγία ή δυσκαταποσία, στοματίτιδα
- μούδιασμα ή υπαισθησία των δακτύλων, χεριών ή ποδιών
- αλλαγές στις συνήθειες αφόδευσης
- δυσκολία στην ούρηση
- απότομη αύξηση ή μείωση του σωματικού βάρους
- πόννοι ασυνήθιστης εντάσεως
- κεφαλαλγίες
- διόγκωση αδένων⁽²¹⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

8.1 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ:

- ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΥΣΗ ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΩΝ ΑΠΟΡΙΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΑΥΤΗΝ.
- ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΠΡΙΝ, ΚΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
- ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ
- ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ⁽²⁾

ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ

- Τακτική επιθεώρηση του βλεννογόνου του στόματος και καθιέρωση καθημερινής στοματικής υγιεινής
- Συζήτηση και συμβουλές για την ανάγκη φροντίδας του δέρματος όπως η διατήρηση των σημαδιών στην ακτινοβολημένη περιοχή, αποφεύγοντας το σαπούνι και την ηλιοθεραπεία. Σε σημεία φλεγμονής, επάλειψη με 1% κορτιζονούχο αλοιφή για να ελαττωθεί η φλεγμονή⁽²⁾
- Συζήτηση για το πώς να αντιμετωπίζεται η κόπωση και να διατηρείται η κινητικότητα⁽¹⁶⁾

- ▣ Ενημέρωση του αρρώστου για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας ώστε να την αποδεχθεί με το μικρότερο βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης
- ▣ Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για την απελευθέρωση της ακτινοβολίας μαζί με την περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται⁽²²⁾
- ▣ Όταν το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στο σώμα του αρρώστου, εξήγηση λήψης προφυλακτικών μέτρων για την προστασία του περιβάλλοντος⁽¹⁹⁾
- ▣ Βεβαιώνεται πως ο άρρωστος έχει καταλάβει να μην βγάλει το προστατευτικό σήμα που καθορίζει το σημείο που θα γίνει η ακτινοβολία⁽²⁾
- ▣ Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία. Αυτές αντιμετωπίζονται ως εξής:

ΝΑΥΤΙΑ-ΕΜΕΤΟΙ

- Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντιισταμινικών,
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να λαμβάνει υγρά
- Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής αξίας
- Σημείωση αντιδράσεων του αρρώστου

ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΕΡΜΑ

- Προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό
- Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση
- Παροχή συμβουλών στον άρρωστο ώστε να αποφύγει επάλειψη της περιοχής με αντισηπτικά βαρέων μετάλλων, όπως υδράργυρου, μολύβδου. Ακόμα, λοσιόν, σκόνες, επιθέματα πρέπει να αποφεύγονται.
- Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό.

-Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, χρήση υδροκορτιζόνης και γαζών Lanett wax.

ΔΙΑΡΡΟΙΑ

- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα.

ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

- Ήπια στοματική υγιεινή για απομάκρυνση νεκρωμένων ιστών.
- Αποφυγή ερεθιστικών ουσιών για το στοματικό βλεννογόνο.
- Διόρθωση χαλασμένων δοντιών πριν την έναρξη ακτινοθεραπείας της στοματικής κοιλότητας.

ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ



- Προστασία από λοιμώξεις και τραυματισμούς .
- Στενή παρακολούθηση για σημεία λοίμωξης και για αιμορραγίες.

Αν ο ασθενής παρουσιάσει γενικά συμπτώματα όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης μπορεί να χρειασθεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και την ατομική υγιεινή.

Υποστήριξη ώστε να δεχθεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό είδωλο⁽²⁰⁾.

8.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

8.2.1 ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ

ÿ Τόνωση ηθικού

Πολλοί ασθενείς όχι μόνο έρχονται στο νοσοκομείο με φόβους και ανησυχίες, αλλά και προβλέπουν την αποτυχία της εγχείρησης και τότε σκέψεις που αφορούν την οικογένεια δημιουργούν αισθήματα κατάθλιψης. Είναι γνωστό ότι ασθενείς που οδηγούνται στο χειρουργείο με έντονα συναισθήματα κατάθλιψης ή φόβου παθαίνουν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές. Η τόνωση του ηθικού του ασθενούς επιτυγχάνεται με την προσπάθεια του νοσηλευτή:

- Ø Να ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς και να τις ικανοποιήσει.
- Ø Να καταλάβει τον ασθενή και να συμμεριστεί τη θέση του.

ÿ Τόνωση σωματική

Αυτή επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη. Παράλληλα με την ενίσχυση αυτή του οργανισμού γίνεται και τόνωση με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών. Για την καλή θρέψη του ασθενή η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού είναι αποφασιστική. Ενώ ο ιατρός περιορίζεται στον καθορισμό του διαιτολογίου, η αδερφή παρακολουθεί τη διατροφή του ασθενή και μελετά τα

προβλήματα που προκύπτουν και τον τρόπο αντιμετώπισής τους. Ο νοσηλευτής βοηθάει στη σωματική τόνωση του ασθενή αν:

- a) Έχει αντίληψη της σπουδαιότητας της διατροφής.
- b) Γνωρίζει την επίδραση της εγχειρήσεως στις λειτουργίες του μεταβολισμού.
- c) Έχει γνώσεις φυσιολογίας και διαιτητικής.

ÿ Ιατρικές εξετάσεις

Χειρουργικές, για εκτίμηση της καταστάσεως του ασθενούς,
Παθολογικές, για την μελέτη των συμπτωμάτων,
Εργαστηριακές εξετάσεις: γενική αίματος-γενική ούρων.

ÿ Καθαριότητα του ασθενή

Καθαρισμός εντερικού σωλήνα. Αποβλέπει:

- Στην καθαριότητα του εντερικού σωλήνα
- Την αποφυγή δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες. Η καθαριότητα του σώματος εξασφαλίζεται με λουτρό καθαριότητας

ÿ Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου

ÿ Χορηγείται στον ασθενή ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.

ÿ Προετοιμασία και εκπαίδευση

ÿ Προσανατολισμό στο νέο δωμάτιο, στο οποίο θα μεταφερθεί μετά την εγχείρηση⁽²³⁾

8.2.2 ΤΕΛΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

- Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή
- Κατάλληλη ένδυση
- Προνάρκωση⁽²⁾
- Λήψη ζωτικών σημείων, εκτίμηση και καταγραφή τους στο θερμομετρικό διάγραμμα.
- Αφαίρεση κοσμημάτων και τεχνητής οδοντοστοιχίας.
- Επικοινωνία της νοσηλεύτριας με τους συγγενείς, σχετική ενημέρωση και ψυχολογική υποστήριξη⁽²³⁾

8.2.3 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ

Ο νοσηλευτής θα συντελέσει :

- α Στη προστασία του ασθενή κατά τις διάφορες φάσεις της ανάνηψης
- α Στη παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης της ασθένειας του.
- α Στη πρόληψη επιπλοκών
- α Στη βοήθεια του ασθενή για να επανέλθει το ταχύτατο δυνατό στη φυσιολογική του κατάσταση⁽²³⁾

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του. Αυτή περιλαμβάνει:

- Την προφύλαξη του ασθενή από ρεύμα κατά τη μεταφορά του από το χειρουργικό θάλαμο.
- Την κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η θέση του ασθενή καθορίζεται από το είδος της εγχείρησης την οποία έκανε. Η πιο συνηθισμένη θέση είναι η ύπτια, με το κεφάλι

στραμμένο πλαγίως, αργότερα τοποθετείται σε ανάρροπη θέση⁽²⁴⁾

- Λήψη ζωτικών σημείων, αξιολόγηση και καταγραφή τους.
- Υποστήριξη της χειρουργημένης πλευράς.
- Έλεγχος του επιδερμικού υλικού για πιθανή αιμορραγία
- Ρύθμιση των ορών για την εξασφάλιση ισοζυγίου ύδατος.
- Σύσταση για βαθιές αναπνοές για την πρόληψη πνευμονίας.
- Τη φροντίδα του τραύματος.
- Την ανακούφιση του αρρώστου με την καλή νοσηλευτική φροντίδα από τον πόνο και άλλες δυσκολίες, από τις οποίες υποφέρει κυρίως κατά τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση.
- Η καθαριότητα αποτελεί σπουδαίο παράγοντα της μετεγχειρητικής φροντίδας του ασθενούς. Συνίσταται λουτρό καθαριότητας, συχνή αλλαγή ιματισμού και νυχτικού. Οι πλύσεις και η καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας όχι μόνο ανακουφίζει, αλλά προλαβαίνει στοματίτιδες και παρωτίτιδες.
- Οι συχνές εντριβές, οι αλλαγές θέσης του αρρώστου.
- Η δίαιτα του χειρουργημένου στην αρχή είναι υγρή, στη συνέχεια πολτώδης και κατόπιν αφήνεται ελεύθερη.
- Επικοινωνία με τον άρρωστο και διάθεση χρόνου από τη νοσηλεύτρια να ακούσει με κατανόηση τα προβλήματά του, τις ανησυχίες του.
- Σύνδεση των παροχετεύσεων ή του καθετήρα, εάν ο ασθενής φέρει κάποια από αυτά.

8.3 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

- Ασφαλής χορήγηση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων
- Αντιμετώπιση των γενικών παρενεργειών της χημειοθεραπείας

1) ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ

✓ ΕΚΤΙΜΗΣΑΤΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΓΙΑ ΝΑΥΤΙΑ ΚΑΙ ΕΜΕΤΟ

- a) Συχνότητα, χαρακτήρας και ποσότητα των εμετών,
- b) Η ανορεξία ή αποστροφή στη τροφή που μπορεί να έχει
- c) Η θρέψη του αρρώστου

a) ΤΑ ΜΕΤΡΑ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΕΙΝΑΙ

- i. Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων
- ii. Χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων με άδειο στομάχι.
- iii. Εκπαιδεύεται ο άρρωστος και η οικογένεια του να εφαρμόζουν αντιεμετικά υπόθετα
- iv. Δίνονται μικρά κομμάτια πάγου μόλις παρουσιαστεί ναυτία.
- v. Ενισχύεται να φάει λίγη φρυγανιά
- vi. Χορηγούνται τροφές πολύ παγωμένες
- vii. Αποφεύγονται αυτές με έντονη οσμή.
- viii. Ενισχύεται ο άρρωστος να μασάει καλά την τροφή του.

- ix. Μετά από κάθε λήψη τροφής γίνεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.

✓ ΔΙΑΡΡΟΙΑ – ΣΥΣΠΑΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΜΥΩΝ

- i. Παρακολούθηση στο χρώμα, την ποσότητα, και περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης
- ii. Ο άρρωστος για συμπτώματα αφυδάτωσης και μεταβολικής οξέωσης

ΤΑ ΜΕΤΡΑ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΕΙΝΑΙ

- 1) Περιορίζεται η κυτταρίνη στο διαιτολόγιο και προτιμούνται οι τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα
- 2) Χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν τη διάρροια
- 3) Χορήγηση πολλών υγρών
- 4) Βοήθεια στη διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών
- 5) Φροντίδα του δέρματος, ιδιαίτερα στη περιοχή του περινέου, για την πρόληψη ερεθισμών

✓ Λαμβάνονται μέτρα για την αντιμετώπιση της θλίψης

✓ Λάβετε μέτρα που θα βοηθήσουν στην αποκατάσταση της αυτοεκτίμησης του ασθενούς.

✓ Βεβαιώστε ότι η απώλεια τριχών είναι προσωρινή.

✓ Ενθαρρύνετε τον ασθενή να φοράει περούκα.

✓ Πληροφορείστε τον ασθενή ότι μπορεί να εμφανιστεί υπέρχρωση του δέρματος και των τριχών.

✓ Καθοδηγήστε τον ασθενή να αποφεύγει το ηλιακό φως και να χρησιμοποιεί αντηλιακά⁽²⁴⁾.

8.4 ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

Η έννοια της λέξης αποκατάσταση σημαίνει την επαναφορά του ατόμου στην προηγούμενή του κατάσταση ύστερα από διατάραξη ή αλλαγή που δέχτηκε. Σύμφωνα με αυτό τον ορισμό η αποκατάσταση αρχίζει μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία της αρρώστιας. Και ασφαλώς έτσι είναι όταν πρόκειται για την αποκατάσταση του αρρώστου μετά από χολοκυστεκτομή ή αφαίρεση ποδοκνημικού γύψου. Είναι όμως το ίδιο όταν ο άρρωστος έχει υποβληθεί σε χημειοθεραπεία ή για τον άρρωστο που ανθρώπινα δεν υπάρχουν ελπίδες επαναφοράς του στη προηγούμενη του κατάσταση;

Σήμερα όταν μιλάμε για αποκατάσταση εννοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας να χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις ικανότητες που έχει, όσο κι αν αυτές φαίνονται μικρές για να ζήσει με ποιότητα ζωής σήμερα, δηλαδή να μην κλαίει για το χθες και να μην τρέμει για το αύριο. Για να γίνει όμως αυτό, η αρρώστια (στη προκείμενη περίπτωση ο καρκίνος) δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο οργανικά αλλά συγχρόνως ψυχολογικά και κοινωνικά.

Όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, από τη στιγμή της πρώτης ύποπτης διαγνώσεως του καρκίνου πρέπει να κρατήσουν στάση κατανόησης, σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον άρρωστο. Η υποστήριξη του αρρώστου στη φάση αυτή είναι πολύ ουσιαστική, δηλαδή να αρχίσει πριν ακόμα κατασταλάξουν τα συναισθήματα του και αρχίσει να υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς που είναι δύσκολο να επηρεάσουμε ή να ελέγξουμε αργότερα.

Επειδή όμως στη φάση αυτή βοήθειας/αποκατάστασης του αρρώστου με τα μέλη της ομάδας υγείας ασκεί επίδραση και η

οικογένεια του αρρώστου και το κοινωνικό του περιβάλλον, θα πρέπει στις διαστάσεις αποκατάστασης να συμπεριλαμβάνονται κι αυτές οι ομάδες του πληθυσμού. Είναι γεγονός πως η αρρώστια αλλά και οι επιπτώσεις της θεραπείας απαιτούν αναπροσαρμογές που προϋποθέτουν ψυχολογική προετοιμασία, ανθρώπινη συμπαράσταση και κατάρτιση. Για να πετύχει η φιλοσοφία αυτή θα πρέπει οι άρρωστοι που πάσχουν από καρκίνο να φροντίζονται από ειδικευμένα μέλη της ομάδας υγείας στην καρκιнологία και την ψυχολογία του αρρώστου με καρκίνο. Επομένως, οι ειδικότητες της ογκολογίας και της ογκολογικής νοσηλευτικής θα καλύψουν ένα κενό, παράλληλα δε η ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση και η συνεχή επιμόρφωση θα συμβάλλουν στη σωστή αντιμετώπιση της τόσο μεγάλης ομάδας του πληθυσμού. Εκτός από την εκπαίδευση, άλλος παράγοντας είναι η διαφώτιση της κοινωνίας με επιστημονικά μελετημένο τρόπο, ώστε να αλλάξει ο αποκλειστικός προσανατολισμός που σήμερα υπάρχει προς την έννοια καρκίνος σαν πρόβλημα και να κατευθυνθεί προς την αποκατάστασή του.

Τον τρίτο παράγοντα για την υλοποίηση της σύγχρονης φιλοσοφίας της αποκατάστασης του αρρώστου με καρκίνο αποτελούν τα ειδικά προγράμματα αποκατάστασης. Η εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών θα αρχίσει στο νοσοκομείο και θα συνεχίζεται, πολλές φορές μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του αρρώστου, στο σπίτι με την βοήθεια των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας και με τα κέντρα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του οικογενειακού περιβάλλοντος του αρρώστου⁽²⁾.

8.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

- α συζήτηση με τον ασθενή, η βλεμματική επαφή, οι χειρονομίες, η απάντηση στην κλίση του ασθενή, η παρουσία κοντά του, η τήρηση των σχέσεων και αποφάσεων, η προσωπική φροντίδα αποτελούν μορφές επικοινωνίας που αν τηρηθούν θα κάνουν το νοσηλευτή να γεφυρώσει αποστάσεις επικοινωνίας, να επιλέξει τον κατάλληλο τρόπο για διδασκαλία, να φέρει τον ασθενή κοντά σε άλλα άτομα με παρόμοια προβλήματα, να προάγει την ανεξαρτησία, την θέληση του και την ελπίδα για ζωή.
- α Η ενθάρρυνση του ασθενή να περιποιείται και να φροντίζει την εξωτερική του εμφάνιση, να αυτοεξυπηρετείται, η προσπάθεια διατηρήσεως του αυτοσεβασμού, η διατήρηση της ατομικής καθαριότητας και εμφάνισης, η βοήθεια στην ανάπτυξη αυτοπεποίθησης.
- α Οι ασθενείς συνήθως αποτελούν μέλη οικογένειας, γι' αυτό και μία διάγνωση καρκίνου, έστω και με καλή πρόγνωση, απειλεί την οικογένεια. Το πρωταρχικό πρόβλημα είναι ότι απειλείται η ζωή ενός αγαπημένου προσώπου. Η ειλικρινής και ανοιχτή επικοινωνία μας με τον ασθενή και την οικογένειά του θα βοηθήσει στην προοδευτική ψυχοκοινωνική του αποκατάσταση.
- α Εξίσου σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή σαν συντονιστή που συμβάλλει στη διατήρηση και συνέχιση της φροντίδας και εκτός νοσηλευτικού ιδρύματος. Με την συμμετοχή του ασθενούς σε προγράμματα

αποκατάστασης (ψυχοθεραπεία, ανακουφιστική φροντίδα)
οι ασθενείς έρχονται σε επικοινωνία με άλλα άτομα που
αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα⁽²⁵⁾.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Οι επιστημονικές και τεχνολογικές πρόοδοι βελτίωσαν σημαντικά τις προοπτικές για αρρώστους με κακήθες μελάνωμα . Ωστόσο, οι άρρωστοι αυτοί αντιμετωπίζουν ή βιώνουν ποικίλα δευτερογενή προβλήματα, από την υποκείμενη κακοήθεια και τα θεραπευτικά σχήματα.

<<Νοσηλευτική διεργασία σε ασθενή με λοίμωξη από κακήθες μελάνωμα που νοσηλεύεται σε κλινική >>

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : Μ.Α
ΑΣΘΕΝΗ
ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΗ : 67 Ετών
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : Δημόσιος Υπάλληλος
ΝΟΣΟΣ :Λοίμωξη από μακροχρόνια νοσηλεία στο νοσοκομείο λόγω αυξημένης έκθεσης σε νοσοκομειακές λοιμώξεις και αποικισμό παθολογικών οργανισμών.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ
ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ : 16 Μαρτίου 2003

Ο ασθενής κατά τη νοσηλεία του στην κλινική ανέφερε πυρετό >38,3°C με ρίγος και εφίδρωση, πόνο, ερύθημα, ανορεξία .Παρουσίασε αλλαγή στην αναπνευστική και διανοητική κατάσταση, αίσθημα κακουχίας, αδυναμίας, φόβο και άγχος και διάρροια.

Στον ασθενή έγιναν κάποιες εξετάσεις

Αιματολογικός έλεγχος:

- Βιοχημικές εξετάσεις για το K⁺, Na, σάκχαρο και ουρία
- Γενική αίματος
- Καλλιέργειες υγρού τραύματος, πτυέλων, ούρων, κοπράνων.

Θλίψη για προβλεπόμενη απώλεια σε ασθενή που πάσχει από κακήθες μελάνωμα

- Ø Ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράζει με λόγια φόβους , έννοιες και απορίες που αφορούν την αρρώστια , τη θεραπεία και τις μελλοντικές επιπτώσεις .
- Ø Ενθάρρυνση αρρώστου ή οικογένειας να συμμετέχουν ενεργά στα σχήματα φροντίδας και θεραπείας .
- Ø Συχνή επικοινωνία με οικογένεια για δημιουργία και διατήρηση σχέσεων και φυσικής εγγύτητας που προάγουν τα αισθήματα εμπιστοσύνης και ασφάλειας και μειώνουν τα αισθήματα φόβου και απομόνωσης
- Ø Ανοχή έκφρασης αρνητικών αισθημάτων από τον άρρωστο : θυμού , εχθρότητας – μέσα σε επιτρεπόμενα όρια – χωρίς απώλεια αυτοεκτίμησης .
- Ø Εμπλοκή ιερέα , αν το επιθυμεί ο άρρωστος και η οικογένεια

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες – προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Πυρετός 38,3°C με ρίγος και εφίδρωση 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανακούφιση του ασθενή από τον πυρετό • Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα 	<ul style="list-style-type: none"> • Διατήρηση σωστής θερμοκρασίας περιβάλλοντος • Αύξηση της I.V. χορήγησης υγρών • Χορήγηση φαρμάκων και 	<ul style="list-style-type: none"> • Αποφυγή θερμών και σφικτών ενδυμάτων • Μείωση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος • Αύξηση της I.V. χορήγησης υγρών για 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση ανά 3ωρο και μέτρηση ζωτικών σημείων • Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα (37°C)

	<ul style="list-style-type: none"> • Εξάλειψη του ρίγους και της εφίδρωσης 	<p>αντιπυρετικών για τη φυσιολογική διατήρηση της θερμοκρασίας</p> <ul style="list-style-type: none"> • Τοποθέτηση μάλλινων κουβερτών για την εξάλειψη του ρίγους • Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων για πτώση της θερμοκρασίας 	<p>την πρόληψη αφυδάτωσης</p> <ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκαν τα αντιπυρετικά (Depon/Aprotel) • Τοποθετήθηκαν μάλλινες κουβέρτες για να ζεσταθεί ο ασθενής • Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα για την ανακούφιση του ασθενούς 	
--	---	---	--	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες – προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Πόνος 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο • Μείωση των δραστηριοτήτων του ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του πόνου με χορήγηση φαρμάκων • Διατήρηση ήρεμου περιβάλλοντος 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση άλλων αναλγητικών εάν ο πόνος είναι έντονος • Περιορισμός των επισκεπτών • Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες 	<ul style="list-style-type: none"> • Περιορίστηκε ο πόνος • Ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες – προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Αδυναμία και ανησυχία 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος και μείωση της ανησυχίας • Εξασφάλιση σωστής διατροφής 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση I.V. υγρών και χορήγηση I.V. τροφών για την ενδυνάμωση του οργανισμού. • Αποφυγή εξωτερικών θορύβων και περιορισμός των επισκεπτών • Συνομιλία με τον ασθενή ώστε να 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκαν τα ενδοφλέβια υγρά με μεγάλη προσοχή και τήρηση αυστηρής αντισηψίας επίσης χορηγήθηκαν και βιταμίνες • Περιορίσθηκαν οι επισκέπτες 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο άρρωστος ηρέμησε • Ανέκτησε εν μέρει τις δυνάμεις του με την λήψη βιταμινών και τροφής

		βεβαιωθεί ότι το πρόβλημα υγείας του θα αντιμετωπισθεί επαρκώς με την κατάλληλη αγωγή		
--	--	---	--	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες – προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Ανορεξία – αποστροφή προς τα φαγητά 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση της ανορεξίας • Διατήρηση του ιδανικού βάρους του ασθενή • Αύξηση της διάθεσης για φαγητό 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση βιταμινών • Χορήγηση μικρών γευμάτων κυρίως αυτά που προτιμάει ο ασθενής • Ενίσχυση του ασθενή να τρώει τα κύρια και συμπληρωματικά γεύματα 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής τρώει τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και πρωτεΐνες επίσης πλούσιες τροφές σε δημητριακά, βιταμίνες • Χορήγηση παρεντερικών υγρών εμπλουτισμένων με ζάχαρη π.χ. ορός Dextrose 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής τρέφεται επαρκώς και αισθάνεται καλύτερα

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες – προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Φόβος και άγχος 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του φόβου και του άγχους • Κατάλληλες συνθήκες διαμονής – ήρεμο περιβάλλον • Ενθάρρυνση του ασθενή για 	<ul style="list-style-type: none"> • Ήρεμο περιβάλλον • διαρρύθμιση του δωματίου – κατάλληλος φωτισμός – ηρεμία 	<ul style="list-style-type: none"> • μείωση του φωτισμού • κατάλληλη θερμοκρασία • αποφυγή εξωτερικών θορύβων 	<ul style="list-style-type: none"> • ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα και μειώνεται το άγχος και ο φόβος του

<ul style="list-style-type: none"> • Διάρροια 	<p>ξεκούραση</p> <ul style="list-style-type: none"> • Σωστή λειτουργία του εντέρου • Μείωση των αριθμών των κενώσεων • Αποφυγή αφυδάτωσης • Πρόληψη διάβρωσης και εξέλκωσης του δέρματος 	<ul style="list-style-type: none"> • Ρύθμιση διαίτας • Χορήγηση αντιδιαρροϊκών χαπιών • Μέτρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών • Σχολαστική φροντίδα δέρματος 	<ul style="list-style-type: none"> • Σταδιακή χορήγηση μαλακών τροφών όπως ζελατινώδη , σούπες , μπανάνες και ρύζι. • Χορήγηση immodium • Μέτρηση ούρων και καλλιέργεια ούρων και χορήγησης υγρών • Τοπική καθαριότητα ,συχνά λουτρά 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής αισθάνεται ανακούφιση • Μειώθηκαν οι διαρροϊκές κενώσεις του ασθενούς • Ο ασθενής τρέφεται κανονικά
--	--	---	--	---

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<<Νοσηλευτική Διεργασία σε Ασθενή με κακήθες μελάνωμα που εμφάνισε αιμορραγία >>

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : Α.Η
ΑΣΘΕΝΗ
ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΗ : 32 Ετών
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : Αγρότης
ΝΟΣΟΣ : Κακήθες μελάνωμα -
αιμορραγία
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ
ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ : 27 Ιουλίου 2003

Ο ασθενής προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία με αιμορραγία λόγω θρομβοκυτταροπενίας μετά από χημειοθεραπεία . Είχε υψηλό πυρετό >38,8 C με ρίγος , απώλεια συνείδησης , αναπνευστική δυσχέρεια , shock .

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες – προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • πυρετός 38 ,8°C ρίγος 	<ul style="list-style-type: none"> • πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα 	<ul style="list-style-type: none"> • χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων για την διατήρηση της φυσιολογικής θερμοκρασίας 	<ul style="list-style-type: none"> • χορηγήθηκαν τα αντιπυρετικά Depon/Apotel 	<ul style="list-style-type: none"> • παρακολούθηση των ζωτικών σημείων ανά 3ωρο • πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες – προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής παρουσιάζει αυξημένη καρδιακή συχνότητα – ταχύπνοια 	<ul style="list-style-type: none"> Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος στον ασθενή Εξάλειψη της ταχύπνοιας 	<ul style="list-style-type: none"> Τοποθέτηση οισοφάγειου θερμομέτρου και σύνδεση αυτού στο monitor ώστε να υπάρχει η δυνατότητα συνεχούς παρακολούθησης της θέσης του ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> Περιορίσθηκαν οι επισκέπτες Ρυθμίστηκε η ταχύπνοια 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής ηρέμησε και τονώθηκε ο οργανισμός του

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες – προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Αιμορραγία 	<ul style="list-style-type: none"> Ελάττωση της αιμορραγίας 	<ul style="list-style-type: none"> Χρησιμοποίηση μίας μόνο φλεβοκέντησης τη μέρα για λήψη αίματος όλων των εργαστηριακών εξετάσεων Αποφυγή λήψης ορθικής θερμοκρασίας ή χορήγησης 	<ul style="list-style-type: none"> Έγινε μία φλεβοκέντιση το πρωί για λήψη αίματος Τοποθετήθηκε θερμόμετρο στη μασχάλη για την μέτρηση της θερμοκρασίας 	<ul style="list-style-type: none"> Μειώθηκε η αιμορραγία Ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα και πιο άνετα

		<p>υπόθετων και υποκλυσμών</p> <ul style="list-style-type: none"> • Επάλειψη χειλιών με βαζελίνη • Αποφυγή καθετηριασμού κύστης , χρήση καθετήρα του μικρότερου δυνατού διαμετρήματος • Διατήρηση πρόσληψης υγρών τουλάχιστον 3l/24 ωρο , εκτός αν αντενδείκνυται . Η ενυδάτωση προλαβαίνει την ξηρότητα του 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκαν ενδοφλεβίως φάρμακα • Επάλειψη των χειλιών με λιπαρή ουσία (βαζελίνη) • Βοήθεια του ασθενούς να ουρήσει και να αφοδεύσει σε σκοραμίδα • Χορηγήθηκαν υγρά ενδοφλεβίως (3 λίτρα) • Εδόθη γεύμα πλούσιο σε φυτικές ίνες • Χορηγήθηκε 	
--	--	---	---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Δύσπνοια 	<ul style="list-style-type: none"> • Βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας 	<p>δέρματος</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Χρήση μαλακτικών των κενώσεων ή δίαιτα με πολύ υπόλειμμα</u> • Αποφυγή φαρμάκων που παρεμποδίζουν την πήξη (ασπιρίνη) <ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση O₂ σύμφωνα με ιατρική εντολή • Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος και σωστής θέσης ασθενή 	<p>depon αντί ασπιρίνης</p> <ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε O₂ 2lt με τη χρήση ρινικής κάνουλας σύμφωνα με ιατρική οδηγία. • Απομακρυνθήκαν οι επισκέψεις • Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε ημικαθιστή θέση 	<ul style="list-style-type: none"> • Βελτιώθηκε η αναπνευστική λειτουργία • Εξασφαλίστηκε η ηρεμία του ασθενή
--	--	--	---	---

<ul style="list-style-type: none"> Χαμηλή αρτηριακή πίεση και απώλεια συνείδησης 	<ul style="list-style-type: none"> Άνοδος της αρτηριακής πίεσης στα φυσιολογικά επίπεδα Βελτίωση επιπέδου συνείδησης 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως σύμφωνα με ιατρική εντολή Χορήγηση αντιυποτασικών φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική εντολή Συχνή μέτρηση αρτηριακής πίεσης 	<ul style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκε NaCl 0,9 σε αυξημένη ροή σύμφωνα με ιατρική εντολή Χορήγηση Inotrex μετά από ιατρική οδηγία. Μετρήθηκε η ΑΠ ανά μισή ώρα. 	<ul style="list-style-type: none"> Εξασφαλίστηκε άνοδος της ΑΠ στα 110/70 mmHg Εξασφαλίστηκε επικοινωνία του ασθενή με το περιβάλλον.
---	--	---	---	---

ΕΠΙΛΟΓΟΣ*

Όπως γίνεται κατανοητό από όσα αναφέρθηκαν μέσα από το πέρασμα των σελίδων της εργασίας αυτής , η νόσος του καρκίνου του δέρματος είναι από τις συχνότερες και πολυπλοκότερες ασθένειες που πλήττουν τον πληθυσμό στη σύγχρονη εποχή . Καθημερινά χιλιάδες άτομα έρχονται αντιμέτωπα με το πρόβλημα αυτό . Για να βγουν όμως νικητές μέσα από τη μάχη αυτή θα πρέπει να έχουν ψυχολογική υποστήριξη από την οικογένεια , την κοινωνία και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό .

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύπλευρος όχι μόνο σε ότι αφορά την θεραπεία αλλά και την πρόληψη , την ανάκτηση των δυνάμεων , την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και της αυτοεκτίμησης των αρρώστων .

Ο νοσηλευτής είναι αυτός που σκύβει στους καρκινοπαθείς , μεταγγίζοντάς τους ανθρωπιά, ενδιαφέρον και κατανόηση .

Όλοι εμείς οι νοσηλευτές , κατά τη φροντίδα των ασθενών θα πρέπει να θυμόμαστε την ομολογία ενός καρκινοπαθούς

« Μεγάλη βοήθεια προσφέρουν οι άνθρωποι που σε αντιμετωπίζουν ήρεμα και σιωπηλά , χωρίς πανικό . Στην αρχή είναι δύσκολο να ανοιχτείς μαζί τους , αλλά αυτοί δεν αποθαρρύνονται . Δεν λένε “Αφού δεν μου μιλάει τη κάνουμε ;” Είναι πάντα εκεί περιμένοντας ήρεμα , γιατί αποδέχονται κάθε πραγματικότητα , ακόμα και την πιο άσχημη . Αυτοί οι άνθρωποι είναι που σε κάνουν να νιώθεις φυσιολογικά ότι και αν σου συμβεί . Κυρίως όμως εσύ ο ίδιος πρέπει να θυμάσαι ότι πάνω από όλα είσαι μια προσωπικότητα κι ύστερα ότι έχεις καρκίνο. Δεν είσαι ένας

καρκινοπαθείς. Είσαι το πρόσωπο με την συγκεκριμένη
ταυτότητα.»

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1. Internet www. Cancer. gr**
- 2.Μαλαγαρινού Μ., Κωσταντινίδου Σ., Νοσηλευτική – Χειρουργική, Τόμος 2^{ος}, Μέρος 2^ο, Εκδόσεις <<Η Ταβιθά>>, Αθήνα 1997.**
- 3.Internet www. latronet. gr**
- 4. Arnold/Odom/James ,Diseases of the skin , Clinical Dermatology , eight edition , An HBJ International edition W.B SAUNDERS , 1990**
- 5.Πετρίδης Α., Ελληνική Επιθεώρηση δερματολογίας, Τόμος 2^{ος}, Τεύχος 2^ο, Απρίλιος – Ιούνιος 1991**
- 6. Brawn O .-Falco-Plewing G.-H.H WOIFF R.K.- Winkelmann . ,Dermatology , Copsy Springer –rerlag 1984**
- 7.Κατράκης Γ., Ειδική Ακτινοθεραπευτική και Κλινική Ογκολογία, Τόμος 2^{ος} , ιατρικές εκδόσεις , Αθήνα 1975.**

8.Καραγιαννίδης Κ, Νούσιας Γ., Σακελαρίου Θ., Ελληνική Ογκολογία 1999,Τόμος 35^ο,τεύχος 3^ο , Ιούλιος- Σεπτέμβριος 1999.

9.Ξυνόπουλος Δ., Κοντού Μ., Ελληνική Ογκολογία 2000, Τόμος 36^ος , Τεύχος 2^ο , Απρίλιος-Ιούνιος 2000.

10.Internet [www.google. gr](http://www.google.gr)

11.Παπαχρήστου Δ., Κλινική Ογκολογία, Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 1981.

12.Κατσαρού Α, Κολοκύρη Δ., Καλογερομήτρος Δ., Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας, Τόμος 1^ος , Τεύχος 4^ο , Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1990.

13.[www. medlock. gr](http://www.medlock.gr)

14.Δr Σπηλιώτης Ι, Καρκίνος «Από το άγχος ...στο φόβο» Αχαϊκές Εκδόσεις 1999.

15.Thomas B,Fitzpatrick R, Color Atlas and Synopsis of clinical Dermatology ,International edition 1997

16.Internet www.yahoo.com/gr

17.Τριχοπούλου Α, Τριχόπουλος Δ ,Προληπτική Ιατρική, Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 1986

18.Πανάγος Γ, Αξιολόγηση της Νεοπλασματικής Νόσου, Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα 1991

19.Mary E., Maloney, Abel Torres, Surgical Dermat pathology, blackwell edition, Αθήνα 1989

20.Σαχίνη Α, Πάνου, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, 1^{ος} τόμος , έκδοση 2^η, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1997

21. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία Τομέας Νοσηλευτικού Ογκολογικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτών Ελλάδος , Περίοδος Απρίλιος-Ιούνιος 2000, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών , Αθήνα 2001

22.Internet www.health.in.gr

23.Μαλγαρινού Μ- Κωσταντινίδου Σ, Νοσηλευτική-Γενική Παθολογική Χειρουργική, Τόμος Α, Έκδοση 21^η ,Εκδόσεις <<Η ΤΑΒΙΘΑ>>,Αθήνα 2001

**24.Μπαρμπούνη Ε, Κωσταντάκου Σ, Ελληνική ογκολογία
1999, τόμος 35^{ος} , τεύχος 3^ο , Απρίλιος-Ιούνιος 1999**

**25.Αθανάτου Ε, Παθολογική και Χειρουργική Κλινική
Νοσηλευτική, Εκδόσεις Αθανάτου, Αθήνα 1995**

