

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΜΕΛΑΝΩΜΑ  
ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

*Έρευνα για το επίπεδο της γνώσης και της ευαισθητοποίησης των νεών ατόμων όσον αφορά την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του δερματικού μελανώματος.*



Σπουδάστριες:  
Δρακοπούλου Κωνσταντίνα  
Μαντζούτσου Ευθυμία

Εισηγήτρια:  
Μπατσολάκη Μαρία

Πάτρα, 2003

*« Το δερματικό  
μελάνωμα, εν αντιθέσει με τα  
άλλα κακοήθη νεοπλάσματα,  
γράφει το μήνυμά του στο  
δέρμα με το δικό του μελάνι  
και είναι στο χέρι σου να το  
δεις και να το  
αναγνωρίσεις...».*

Neville Davis

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>A. Πρόλογος.....</b>	<b>2</b>
<b>B. Εισαγωγή.....</b>	<b>3</b>
<b>Γ. Γενικό Μέρος</b>	
<b><i>Ενότητα 1 : Το Μελάνωμα.....</i></b>	<b>5</b>
1.1 Ανατομία δέρματος.....	5
1.2 Μελανοκύτταρο.....	8
1.3 Μελαγχρωματικοί σπίλοι.....	8
1.3.1 Μορφές Μελαγχρωματικών σπύλων.....	8
1.3.2 Συσχέτιση Δυσπλαστικού σπύλου με το Μελάνωμα.....	13
1.4 Καρκίνος Δέρματος.....	14
1.5 Μελάνωμα.....	15
1.5.1 Εξέλιξη Μελανώματος.....	15
1.5.2 Εξάπλωση Μελανώματος.....	17
<b><i>Ενότητα 2 : Επιδημιολογία.....</i></b>	<b>18</b>
2.1 Γενικά επιδημιολογικά στοιχεία.....	18
2.2 Αναλυτικά επιδημιολογικά στοιχεία.....	19
<b><i>Ενότητα 3 : Αιτιολογία.....</i></b>	<b>23</b>
3.1 Αιτιολογικοί παράγοντες.....	23
3.2 Παράγοντες κινδύνου.....	26
3.3 Ομάδες Υψηλού Κινδύνου.....	26
<b><i>Ενότητα 4 : Διάγνωση.....</i></b>	<b>27</b>
4.1 Απεικονιστικοί μέθοδοι.....	27
4.2 Βιοψία.....	27
4.3 Αναλυτική διαγνωστική απεικόνιση.....	29
4.4 Διαφορική διάγνωση.....	31
4.5 Κανόνες αναγνώρισης.....	33
4.6 Έγκαιρη διάγνωση.....	36
<b><i>Ενότητα 5: Πρόγνωση.....</i></b>	<b>37</b>
5.1 Γενικά προγνωστικά στοιχεία.....	37
5.2 Προγνωστικοί δείκτες.....	40
<b><i>Ενότητα 6 : Πρόληψη.....</i></b>	<b>43</b>
6.1 Κατάσταση της πρόληψης διεθνώς.....	43
6.2 Κατάσταση της πρόληψης στην Ελλάδα.....	44
6.3 Μέτρα προστασίας από την ηλιακή ακτινοβολία.....	45
6.4 Αυτοεξέταση δέρματος.....	47
6.5 Τα εφτά ανησυχητικά σημεία του καρκίνου.....	51
<b><i>Ενότητα 7: Θεραπεία.....</i></b>	<b>52</b>
7.1 Χειρουργική αντιμετώπιση κακοήθους μελανώματος.....	52
7.2 Χημειοθεραπεία.....	56

7.3 Ακτινοθεραπεία .....	58
7.4 Ανοσοθεραπεία.....	59
<b>Δ. Ειδικό Μέρος</b>	
Σκοπός Έρευνας .....	61
Υλικό – Μέθοδος.....	61
Στατιστική Ανάλυση .....	63
Συζήτηση .....	94
Συμπεράσματα .....	96
Προτάσεις.....	99
<b>Ε. Περίληψη – Summary.....</b>	<b>100</b>
<b>Στ. Βιβλιογραφία.....</b>	<b>102</b>
<b>Η. Παράρτημα.....</b>	<b>103</b>

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση των ασθενειών, στην πράξη, βρίσκεται σε εμβρυϊκό στάδιο στη χώρα μας. Ελάχιστες είναι οι πληροφορίες σε θεωρητικό επίπεδο και ακόμα λιγότερες οι ερευνητικές προσεγγίσεις που έχουν γίνει. Οι παραπάνω λόγοι αποτέλεσαν για μας κίνητρο να ασχοληθούμε με το κακόηθες μελάνωμα, το οποίο είναι μια από τις βασικότερες μορφές καρκίνου του δέρματος και τα τελευταία χρόνια εμφανίζει ραγδαία και ενδιαφέρουσα εξέλιξη.

Προκειμένου να καλύψουμε το θέμα μας πολύπλευρα χρειάστηκε να ανατρέξουμε σε ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία και βάσεις δεδομένων. Επισκεφθήκαμε νοσοκομεία, το Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών και διάφορες βιβλιοθήκες. Εκτός από τη θεωρητική προσέγγιση σε συνεργασία με την εισηγήτρια μας κυρία Μαρία Μπατσολάκη προχωρήσαμε και σε ερευνητική προσέγγιση με τη βοήθεια ερωτηματολογίου που απευθυνόταν σε υγιή άτομα διαφόρων ηλικιών και το οποίο διανεμήθηκε σε διάφορους νομούς της χώρας.

Μέσα από όλη αυτή την προσπάθεια διαπιστώσαμε πόσο αναγκαία είναι η ενημέρωση του κοινού για θέματα υγείας, αλλά και πόσο αποτελεσματική είναι η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση. Αυτός ήταν και ο σκοπός της εργασίας μας. Χρέος κάθε νοσηλεύτη είναι να αποτελεί μέρος της προσπάθειας για πρόληψη, είτε είναι κλινικός είτε είναι κοινοτικός νοσηλεύτης καθώς περνά αρκετές ώρες δίπλα στα άτομα, υγιή και μη, και είναι σε θέση να αναγνωρίσει με ευκολία τυχόν ύποπτα σημάδια δερματικής βλάβης.

Τελειώνοντας θα θέλαμε να επισημάνουμε ότι η ενημέρωση είναι ευθύνη τόσο του κάθε ατόμου χωριστά αλλά και της ίδιας της πολιτείας, η οποία οφείλει να δώσει μεγαλύτερη έμφαση στον προγραμματισμό ειδικών μαθημάτων στο χώρο του σχολείου και ενημερωτικών συνεδρίων στα οποία θα μπορεί να έχει πρόσβαση ο κάθε πολίτης και θα μπορεί να συμμετέχει ενεργά.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κακόηθες μελάνωμα ανήκει στην κατηγορία των ανιάτων κακοηθών παθήσεων, όταν διαγιγνώσκεται αργοπορημένα. Παράλληλα χαρακτηρίζεται από μία σειρά ιδιαιτεροτήτων που το καθιστούν μοναδικό ανάμεσα στην πληθώρα των κακοηθών νεοπλασιών.

Το γεγονός ότι μπορεί να πλήξει άτομα οποιασδήποτε ηλικίας και το ενδεχόμενο να αναπτυχθεί σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος, εφόσον προϋπάρχουν τα μελανοκύτταρα, συνιστούν τις βασικές παραμέτρους βάσει των οποίων κάθε επιστήμονας υγείας, οποιασδήποτε ειδικότητας καλείται να γνωρίσει αυτό το «περίεργο» κακόηθες νεόπλασμα όσο γίνεται καλύτερα. Αλλά και διάφορα «μυστήρια» μερικές φορές χαρακτηρίζουν τη συμπεριφορά του μελανώματος, όπως είναι η αυτόματη ίαση, η ανίχνευση δευτεροπαθών εντοπίσεων με εξαφάνιση της πρωτοπαθούς βλάβης, η εμφάνιση της νόσου στα παιδιά, η συμπεριφορά του νεοπλάσματος κατά την κύηση και η ανάπτυξη μεταστατικών εστιών σε ιδιαίτερα ασυνήθεις περιοχές του σώματος, διατηρώντας έτσι αδιάλειπτο το ενδιαφέρον των επιστημών. Επιπλέον, η ιδιαίτερη συσχέτιση του νεοπλάσματος αυτού με το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου - ξενιστού, έχει προκαλέσει μια τεράστια σε έκταση ερευνητική προσπάθεια που συνεχίζεται σε πολλά ερευνητικά κέντρα των προηγμένων χωρών με στόχο να αποκτηθούν γνώσεις και ευρήματα που σχετίζονται με την εμφάνιση και την ανάπτυξη του μελανώματος.

Η μυστηριώδης αυτή νόσος έχει τη δική της ιστορία, που καταδεικνύει ανάγλυφα τη συνολική πορεία της ανθρωπότητας από την άγνοια στη γνώση. Η ιστορική αναδρομή της νεοπλασίας ξεκινά από το μεσαίωνα, όπου οι μελαγχρωματικοί σπίλοι καθιερώθηκαν ως τα σύμβολα του σατανά. Τα άτομα που έφεραν υπερβολικό αριθμό σπύλων ή σπύλους με ανώμαλη μορφολογία ( πιθανόν μελάνωμα ) θεωρούντο πως είναι καταδικασμένα να πάνε στην κόλαση. Οι μελαγχρωματικοί σπίλοι κατέληξαν να εκλαμβάνονται ως σημάδια ακόλαστης και σατανικής ζωής. Μάλιστα, αν αυτοί οι σπίλοι τύχαινε να εντοπίζονται σε συγκεκριμένες περιοχές του σώματος όπως το πρόσωπο, το λαιμό, το στήθος, τους γλουτούς ή τα γεννητικά όργανα, το άτομο που έφερε τέτοιους σπύλους θεωρείτο πως είχε υπεράνθρωπες δυνάμεις και αφύσικες ικανότητες. Έχει αναφερθεί, πως πλέον των διακοσίων χιλιάδων ατόμων οδηγήθηκαν στο θάνατο μετά από αποφάσεις της Ιεράς Εξέτασης μόνο και μόνο επειδή έφεραν μελαγχρωματικούς σπύλους.

Την ακραία αυτή στάση της ανθρωπότητας, έναντι των μαύρων «σημαδιών» στο δέρμα των ανθρώπων, προϊόν της άγνοιας και των προλήψεων, αντικατέστησε η επιπολαιότητα του Λουδοβίκου 16ου, στη Γαλλία, που οι μελαγχρωματικοί σπίλοι έγιναν σύμβολα ομορφιάς και γοητείας. Οι γυναίκες της εποχής εκείνης, αν δεν τύχαινε να έχουν στο πρόσωπο τους ή σε κάποιο άλλο εμφανές σημείο του σώματός τους, κατασκεύαζαν δικά τους σημάδια πάνω στο δέρμα τους. Αυτή, η κατά κάποιο τρόπο μόδα διαρκεί ακόμα και στις μέρες μας σε περιορισμένο βαθμό βέβαια, χωρίς να συνοδεύεται με την απαραίτητη και επαρκή ενημέρωση σχετικά με τα ανησυχητικά σημεία ενός σπύλου που μεταπίπτει σε μελάνωμα ή είναι εξαρχής κακόηθες νεοπλασία.

Η ανθρωπότητα όμως πορεύεται με τελεολογικό τρόπο ταγμένη να παραμερίσει κάθε πέπλο σκότους και άγνοιας. Από παράδειγμα είναι η εμπειρία από την Αυστραλία, όπου εξαιτίας της υψηλής επίπτωσης του μελανώματος στον πληθυσμό,

ξεκίνησε μια εντυπωσιακή εκστρατεία ενημέρωσης που δεν άργησε να φέρει τους ευεργετικούς της καρπούς. Έτσι σήμερα η Αυστραλία έχει να παρουσιάσει τις καλύτερες στατιστικές πρώιμης διάγνωσης του μελανώματος με αντανάκλαση βέβαια στην επιβίωση των ατόμων που πλήττονται από αυτό, δίνοντας ένα αισιόδοξο μήνυμα και στις υπόλοιπες χώρες.<sup>1</sup>



# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

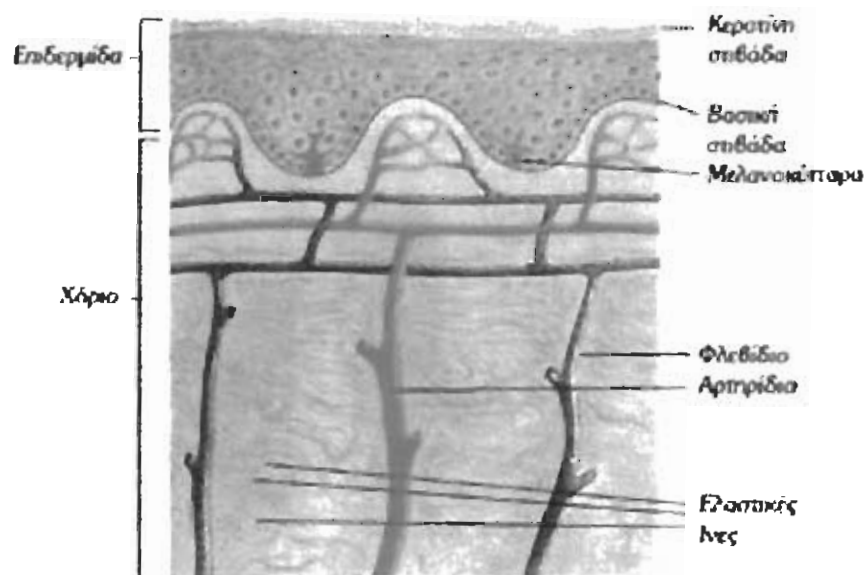


## ΕΝΟΤΗΤΑ 1

### ΜΕΛΑΝΩΜΑ

#### 1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το δέρμα μας αποτελείται από δυο στοιβάδες. Την εξωτερική που καλείται επιδερμίδα και την εσωτερική που ονομάζεται χόριο. Η κυριότερη λειτουργία της επιδερμίδας είναι να μας προφυλάσσει από οποιονδήποτε εξωτερικό παράγοντα αφού αποτελεί το φυσικό «κάλυμμα» του οργανισμού μας.

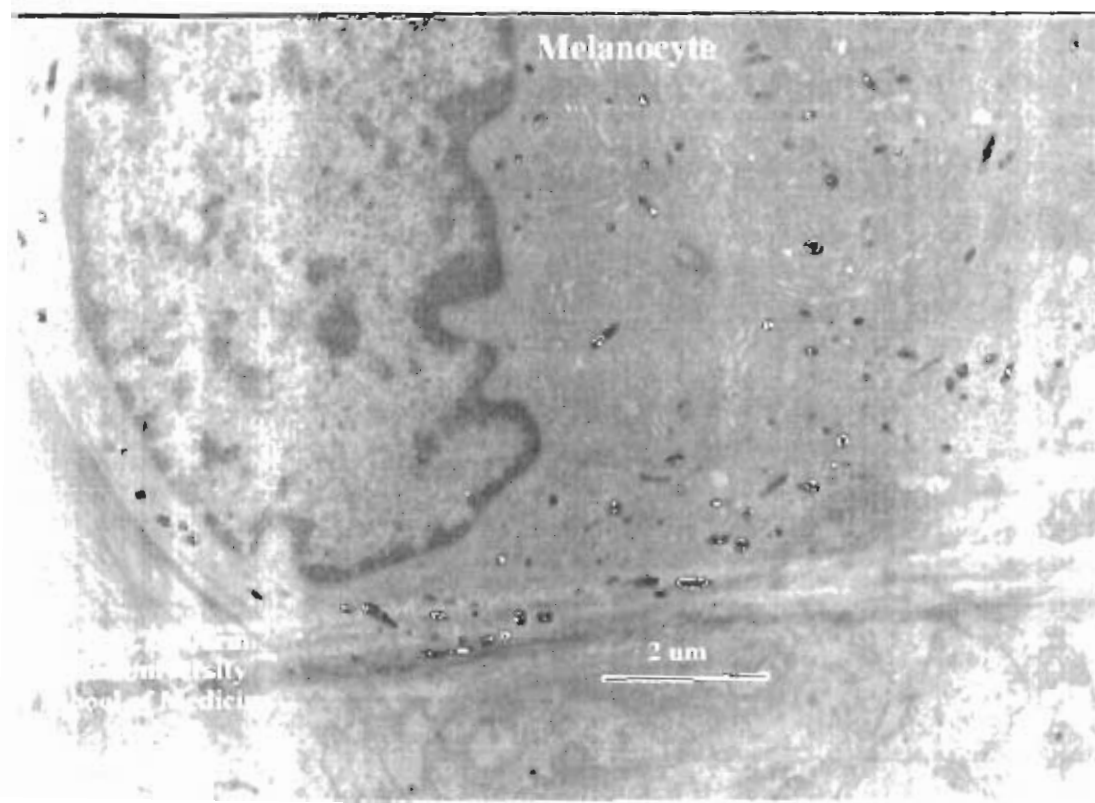


Εικόνα 1: Έγκάρσια διατομή του δέρματος

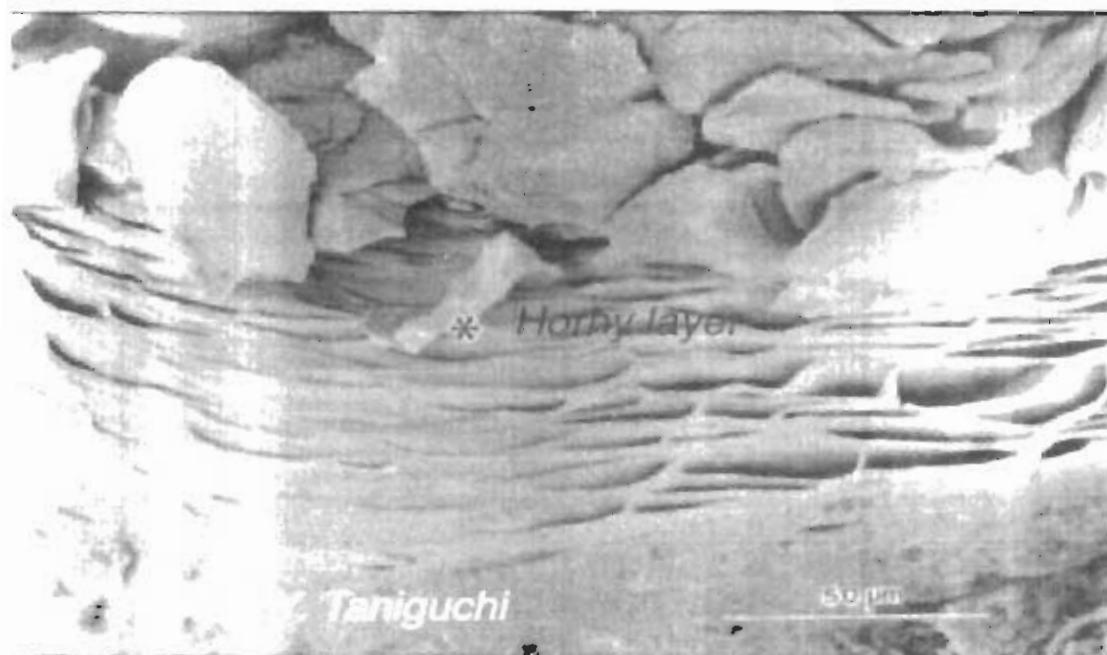
Η επιδερμίδα μας αποτελείται από πολλές σειρές κυττάρων. Η εξωτερική στοιβάδα αποτελείται από νεκρά κύτταρα και ονομάζεται κερατίνη στοιβάδα. Τα κύτταρα της κερατίνης στοιβάδας συνεχώς αποπίπτουν και ανανεώνονται από τα κύτταρα των εσωτερικών στοιβάδων που μεταναστεύουν προς τα πάνω. Στο όριο, μεταξύ της επιδερμίδας και του χορίου, υπάρχει η βασική στοιβάδα, όπου παράγονται όλα τα νέα κύτταρα της επιδερμίδας και φιλοξενούνται τα μελανοκύτταρα.

Το χόριο του δέρματος βρίσκεται κάτω από την επιδερμίδα και είναι πλούσιο σε ισχυρές ίνες κολλαγόνου και ελαστίνης που δίνουν στο δέρμα σφρίγος και ελαστικότητα. Οι ίνες κολλαγόνου και ελαστίνης παράγονται από ειδικά κύτταρα του χορίου που λέγονται ινοβλάστες.

Η έκθεση στον ήλιο μπορεί να προκαλέσει δερματικές αλλοιώσεις. Οι αλλοιώσεις αυτές οφείλονται στην τοξική δράση της υπεριώδους ακτινοβολίας στους ινοβλάστες, οι οποίοι αρχίζουν να συνθέτουν κακής ποιότητας ελαστίνη και κολλαγόνο.<sup>2</sup>



Εικόνα 2: Μικροσκοπική απεικόνιση μελανοκυττάρου .



Εικόνα 3: Μικροσκοπική απεικόνιση κεράτινης στοιβάδας

## 1.2 ΜΕΛΑΝΟΚΥΤΤΑΡΟ

Το **μελάνωμα** προέρχεται από την κακοήθη εξάλλαγή των μελανοκυττάρων, τα οποία βρίσκονται διάσπαρτα σε ολόκληρη τη δερματική επιφάνεια του σώματος. Η κατανομή τους ποικίλει, αλλού είναι περισσότερα και αλλού λιγότερα. Λέγεται ότι το δέρμα των παρειών έχει πολύ μεγαλύτερο αριθμό μελανοκυττάρων από ότι το δέρμα του κορμού. Η σχέση μεταξύ μελανοκυττάρων και καλυπτήριων κυττάρων στη βασική στοιβάδα της επιδερμίδας ποικίλει από 1:4 έως 1:10 ανάλογα την περιοχή του σώματος. Με την αύξηση της ηλικίας η αναλογία μεταβάλλεται δίνοντας προβάδισμα στα καλυπτήρια κύτταρα. Ο σχετικός αριθμός των μελανοκυττάρων στο δέρμα των ανθρώπων είναι ο ίδιος και για τα δύο φύλα αλλά και για τις διάφορες φυλές. Οι διαφορές στο χρώμα του δέρματος μεταξύ των φυλών δεν οφείλεται σε διαφορετικό αριθμό μελανοκυττάρων, αλλά στη διαφορετική δραστηριότητα που παρουσιάζουν αυτά τα κύτταρα ως προς την παραγωγή μελανίνης. Τα μελανοκύτταρα των ατόμων με μαύρο δέρμα παράγουν πιο πολύ μελανίνη σε σύγκριση με τα άτομα με λευκό δέρμα. Τα φυσιολογικά μελανοκύτταρα εντοπίζονται μεταξύ επιδερμίδας και χορίου του δέρματος, σ' αυτά οφείλεται το χρώμα του δέρματος. Μελανοκύτταρα υπάρχουν και κοντά στον πυθμένα του θυλάκου της τρίχας, τα οποία είναι υπεύθυνα για το χρώμα των μαλλιών. Ένας αριθμός μελανοκυττάρων υπάρχει και στο τοίχωμα των πόρων των ιδρωτοποιών αδένων.<sup>1</sup>

## 1.3 ΜΕΛΑΓΧΡΩΜΑΤΙΚΟΙ ΣΠΙΛΟΙ

Ο καλοήθης μελαγχρωματικός σπίλος είναι ο αντίποδας του μελανώματος, γι' αυτό είναι αναγκαίο να εξοικειωθεί κανείς με τα χαρακτηριστικά των διαφόρων ειδών σπίλων, ώστε να μπορεί να διακρίνει τυχόν δερματικές αλλοιώσεις που ενδεχομένως να οφείλονται σε μελάνωμα. Όταν σε κάποιο σημείο του δέρματος τα μελανοκύτταρα πολλαπλασιάζονται, τότε εμφανίζεται η κλινική εικόνα της απλής φακίδας ( μεταξύ επιδερμίδας και χορίου - lentigo ). Τα αυξημένα μελανοκύτταρα συναθροίζονται σε μικρή φωλέα, μεταξύ επιδερμίδας και χορίου ( junctional nevus). Εν συνεχεία καταδύονται στο χόριο ενώ νέες συναθροίσεις αναπτύσσονται μεταξύ χορίου και επιδερμίδας ( compound nevus ). Αργότερα, όλα τα μελανοκύτταρα συναθροίζονται στο χόριο υπό τη μορφή φωλέων, χορδών και νηματίων (intradermal nevus). Επομένως ο μελαγχρωματικός σπίλος είναι αποτέλεσμα του τοπικού πολλαπλασιασμού των φυσιολογικών μελανοκυττάρων του δέρματος. Το δέρμα δεν είναι η μοναδική επιφάνεια στην οποία αναπτύσσονται μελαγχρωματικοί σπίλοι. Σπανιότερα σπίλοι εμφανίζονται στους επιπεφυκότες, στο βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας ή και σε λεμφαδένες.<sup>1</sup>

### 1.3.1 ΜΟΡΦΕΣ ΜΕΛΑΓΧΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΣΠΙΛΩΝ

Οι κοινοί επίκτητοι σπίλοι υπάρχουν στο δέρμα των περισσότερων ανθρώπων. Αυτοί δεν υπάρχουν κατά τη γέννηση, εμφανίζονται στην πρώτη παιδική ηλικία, είναι πολύ μικρή με μικρή έπαρση και με ομοιόμορφη μελάχρωση, έχουν σχήμα στρογγυλό ή ωοειδές. Ο αριθμός αυξάνεται στον ενήλικα και πάλι μειώνεται. Εμφανίζονται άνοθεν της μέσης και σε περιοχές που εκτίθενται στον ήλιο. Αντίθετα, στα καλυμμένα

τιμήματα του σώματος και στο τριχωτό της κεφαλής η εμφάνισή τους είναι σπάνια. Οι παρυφές τους είναι κανονικές, διαφοροποιούνται από το περίεξ δέρμα και έχουν από καστανό ανοιχτό έως καστανό σκούρο χρώμα. Διευρύνονται παράλληλα με την ανάπτυξη του σώματος, δηλαδή μπορεί να μεγαλώσουν κατά την παιδική ηλικία και την ήβη και μπορεί να αυξηθούν αριθμητικά κατά την εγκυμοσύνη ή να εμφανίσουν βαθυχρωματισμό. Εκτός αυτών των καταστάσεων η όψη τους παραμένει σταθερή. Συνήθως η πλειονότητα των σπύλων έχει μικρότερη διάμετρο των 5mm.<sup>1,3</sup>

Χρόνια ολόκληρα εμφανίζουν μια συγκεκριμένη εξέλιξη. Αρχικά παρουσιάζονται σαν μια κηλίδα (**macula**) με μέγεθος κεφαλής καρφίτσας και χρώματος ανοικτού καστανού και ενίοτε μαύρου με διάμετρο 1-2mm. Η διάμετρος αυτή προοδευτικά μπορεί να φτάνει τα 5-6mm. Στην περίοδο αυτή τα κύτταρα του σπύλου ανευρίσκονται στο σημείο συνένωσης του χορίου με την επιδερμίδα (**junctional nevus**). Όταν σταματήσει η πλάγια αύξηση του σπύλου, τα κύτταρα αρχίζουν και κατέρχονται προς το χόριο. Κλινικά η κατάσταση αυτή οδηγεί στην υπέγερση του σπύλου από την επιφάνεια του δέρματος και τον καθιστά μια μελαγχρωματική βλατίδα (**papula**). Η μορφή αυτή καλείται **σύνθετος σπύλος (compound nevus)**. Οι σπύλοι αυτοί είναι μεγαλύτεροι και σπανίως μαύρου χρώματος. Εφ' όσον δε συνεχίζουν την κατάδυσή τους προς το χόριο, απομακρύνονται από το σημείο συνένωσης χορίου-επιδερμίδας και στο τέλος καθίστανται αμελαγχρωστικές βλατίδες, ροδαλού χρώματος ή σάρκας, δηλαδή μετατρέπονται σε ενδόδερμικούς σπύλους (intradermal nevus). Έτσι, ένας επίκτητος σπύλος, στο τέλος της φυσικής του εξέλιξης λαμβάνει τη φυσιολογική μορφή. Η φυσική εξέλιξη ενός οποιουδήποτε σπύλου μπορεί να διακοπεί και να μείνει σταθερή. Μερικές φορές το υπόλειμμα μιας μισχωτής βλατίδας αποπίπτει ή εξαιτίας της ιστικής διαφοροποίησης ο σπύλος μπορεί να εξαφανιστεί.<sup>1,3</sup>

Συνήθως το χρώμα ενός σπύλου είναι ομοιόμορφο και τα όριά του οριζόμενα και κανονικά. Στην επιφάνεια των σπύλων τις περισσότερες φορές παρατηρούνται οι γραμμές του δέρματος και οι εξοχές και οι εσοχές του. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να παρουσιαστούν νέοι σπύλοι και παλαιοί να γίνουν βαθυχρωματικοί. Οι σπύλοι ανάλογα με τις κλινικο-ανατομικές ιδιαιτερότητές τους διακρίνονται σε διάφορα είδη.

#### α) Χοριοεπιδερμικός σπύλος (junctional nevus)

Ο σπύλος αυτός είναι επίπεδος ή ελαφρώς επαρμένος, με καστανό ή μαύρο χρώμα, χωρίς τρίχες και με ομαλή επιφάνεια. Μπορεί να έχει διάμετρο από μερικά mm έως μερικά cm. Είναι καλά περιχαρακωμένος. Μπορεί να ανεβρεθεί σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος, αλλά συνήθως οι σπύλοι της παλάμης, του πέλματος, των γεννητικών οργάνων και των βλεννογόνων είναι αυτού του τύπου. Αυτοί εμφανίζονται σε οποιοδήποτε χρονικό διάστημα μετά τη γέννηση του ατόμου. Είναι σπύλοι, που παρατηρούνται συχνά και στην ήβη. Τις περισσότερες δε φορές με την ανάπτυξη του παιδιού μεγαλώνουν και αυτοί.

Ο πολλαπλασιασμός των μελανοκυττάρων του σπύλου αρχίζει από τη βασική στοιβάδα της επιδερμίδας και ευρίσκεται στο σημείο συνένωσης της επιδερμίδας με το χόριο. Η βλάβη αυτή είναι καλοήθης. Υποστηρίζεται όμως ότι, ο τύπος αυτός του σπύλου έχει τη μεγαλύτερη πιθανότητα να εξαλλαγεί σε μελάνωμα. Οι σπύλοι αυτοί δεν εξετάσσονται σε μελάνωμα πριν την εφηβεία. Στην πραγματικότητα, η πλειονότητα των σπύλων αυτών παραμένει καλοήθης κατά τη διάρκεια της ζωής. Με την παρέλευση του χρόνου μεταβάλλονται σε σύνθετους (compound) ή σε ενδόδερμικούς (intradermal) σπύλους.

Παλαιότερα, όλοι οι junctional σπύλοι αφαιρούντο προφυλακτικά. Σήμερα, πολλοί είναι εκείνοι που δεν αποδέχονται τον προκαρκινικό χαρακτήρα αυτών των σπύλων.

Εφόσον δεν υπάρχει αλλαγή στην όψη των σπύλων, η αφαίρεσή τους θεωρείται μη αναγκαία. Στην περίπτωση εμφάνισης αλλαγών, όπως κνησμού, φλεγμονής, βαθυχρωματισμού, αιμορραγία αύξησης, μορφοποίησης, προσέγκυσης της προσοχής και εξέλκωσης, τότε οι σπύλοι αυτοί πρέπει να εκτέμνονται αμέσως.<sup>3</sup>

#### β) Ενδοδερμικός σπίλος (intradermal nevus)

Το μέγεθος, το σχήμα και το χρώμα των σπύλων αυτών παρουσιάζει πολλές αλλαγές. Οι συχνότεροι σπύλοι των ενηλίκων είναι αυτού του τύπου. Αυτοί μπορούν να εμφανιστούν σε όλα τα σημεία του σώματος, είναι όμως σπάνιοι στην παλάμη, στο πέλμα και στα γεννητικά όργανα. Τις περισσότερες φορές είναι τριχωτοί. Μπορεί να εμφανιστούν σαν μικρές τελείες ή με διαφορετικά μεγέθη και ενίοτε μπορεί να καλύψουν ένα μεγάλο μέρος του σώματος. Καταγράφονται συχνά στη κεφαλή και στον τράχηλο των ενηλίκων.

Οι σπύλοι αυτοί έχουν σχήμα θόλου, ενίοτε είναι μισχωτοί και χρώματος σάρκας έως καστανού. Είναι επίπεδοι ή πλακώδεις, με έπαρση σαν ακροχορδόνες (μυρμηγκιές). Μπορεί να είναι μελαγχρωματικοί, αμελαγχρωματικοί, μισχωτοί ή άμισχοι. Μικροσκοπικά τα μελανοκύτταρα ανευρίσκονται εντός του χορίου. Είναι καλοήθεις βλάβες, δεν εξαλλάσσονται σε μελάνωμα και η αφαίρεση τους δεν επιβάλλεται, αν δε συντρέχουν αισθητικοί λόγοι.<sup>3</sup>

#### γ) Σύνθετος σπίλος (compound nevus )

Ο σύνθετος σπίλος φέρει στοιχεία της περιοχής της συνένωσης και ενδοδερμικά. Απαντάται συχνά στα αναπτυσσόμενα άτομα. Το φάσμα του χρώματος κυμαίνεται από το καστανό ως το μαύρο. Συνήθως είναι μικρότεροι του 1 cm. Το μέσο του σπύλου είναι επαρμένο και οζώδες. Η περιφέρεια του μπορεί να φέρει μια καστανή δακτυλιοειδή κηλίδα και τρίχες. Κλινικά δε μπορεί να διακριθεί από τον ενδοδερμικό σπίλο. Η έπαρση στην μεσότητά του συμβάλλει στο να θεωρηθεί μελάνωμα. Συνήθως όμως, παραμένει καλοήθης και ωριμάζει σαν ένας ενδοδερμικός σπίλος. Σπάνιος μπορεί να εκτραπεί σε μελάνωμα. Η θεραπεία του είναι όμοια με αυτή του «junctional nevus».<sup>3</sup>

#### δ) Κυανός σπίλος

Στις περιπτώσεις που ο πολλαπλασιασμός των μελανοκυττάρων δεν οδηγεί σε συναθροίσεις υπό τη μορφή φωλέων διαμορφώνεται η κλινική εικόνα του κυανού σπύλου. Σε αυτή τη μορφή μελαγχρωματικού σπύλου τα μελανοκύτταρα βρίσκονται από την αρχή εντός του χορίου του δέρματος. Εκτός από το δέρμα, κυανοί σπύλοι είναι δυνατόν να εντολιστούν στον κερατοειδή χιτώνα του οφθαλμού, στο βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας σε λεμφαδένες, στον κόλπο, στον τράχηλο ή και τις ωοθήκες αλλά και στον προστάτη, στο σπερματικό τόνο ή ακόμα και στο βλεννογόνο του γιμόρειου άντρου.

Απαντάται αρκετά σπάνια. Είναι μια άτριχη βλάβη, χρώματος γαλάζιου ή μαύρου. Συνήθως είναι μικρότερος του 0,5cm. Εμφανίζει μικρού βαθμού έπαρση, ρέπει προς τη σκληρία και ψηλαφείται με ευκολία. Η καλύπτουσα αυτών επιδερμίδα είναι λεία με ομαλά όρια. Το χρώμα του μπορεί να αποτελέσει διαγνωστική σύγχυση. Σχεδόν

πάντοτε είναι καλοήθης, αν και μπορεί να χρειαστεί η εκτομή του καθώς συγγέεται με το οξείδες μελάνωμα.<sup>3</sup>

### ε) Συγγενείς μελαγχρωματικοί σπίλοι

Οι μελαγχρωματικοί σπίλοι διακρίνονται σε συγγενείς και επίκτητους. Οι συγγενείς μελαγχρωματικοί σπίλοι είναι μεγαλύτεροι από τους επίκτητους, οι οποίοι είναι περίπου 6mm. Χαρακτηρίζονται παρά το συχνά ιδιαίτερα μεγάλο μέγεθος τους, από τα κλινικά σημεία της καλοήθειας, δηλαδή από συμμετρία και ομαλό περίγραμμα. Όμοια κλινικά σημεία παρουσιάζουν και οι επίκτητοι μελαγχρωματικοί σπίλοι, οι οποίοι έχουν χρώμα καστανό ή ερυθρό. Το 1% των νεογνών εμφανίζει τέτοιους σπίλους.

Επιπλέον, οι συγγενείς μελαγχρωματικοί σπίλοι χωρίζονται σε:

1. Μικρού μεγέθους (εύρος αντίχειρα ενηλίκου).

2. Μεγάλου μεγέθους (μεγαλύτεροι της παραπάνω διαμέτρου αλλά να μη φτάνει να καταλαμβάνει το μισό της επιφάνειας του δέρματος).

3. Γιγαντιαίους συγγενείς σπίλους (καταλαμβάνουν περισσότερο από το 1/2 της επιφάνειας του δέρματος).<sup>1</sup>

▪ Οι **μικρού μεγέθους** συγγενείς μελαγχρωματικοί σπίλοι χαρακτηρίζονται από το συμμετρικό τους σχήμα συνήθως ωσειδές, καθώς και από το ομαλό περίγραμμα. Το χρώμα τους μπορεί να είναι από καστανό ως μαύρο, αλλά ομοιόμορφο για κάθε σπίλο, χωρίς δηλαδή αποχρώσεις. Επίσης μπορεί να φέρει λίγες ή πολλές τρίχες ή και καθόλου. Ο κίνδυνος εξέλιξης σε μελάνωμα είναι πολύ μικρός.

▪ Οι **μεγάλου μεγέθους** συγγενείς μελαγχρωματικοί σπίλοι, κατά τη διάρκεια της ζωής εμφανίζουν κίνδυνο εξέλιξης σε ποσοστό 5-20%. Η θεραπεία τους είναι πολύπλοκη. Επιβάλλεται η αξιολόγησή τους προς έγκαιρη εκτομή, διότι ακόμα και εντός μιας δετίας μπορούν να εμφανίσουν κακοήγη δυναμικότητα.

▪ Οι **γιγαντιαίου μεγέθους** συγγενείς μελαγχρωματικοί σπίλοι είναι μια σπάνια και τραγική κατάσταση. Καλύπτει περισσότερο από το 1/2 της επιφάνειας του σώματος, φέρει ποικίλες δυσπλαστικές αλλοιώσεις με προεξάρχουσα τον αθρόο πολλαπλασιασμό των μελανοκυττάρων.

Χαρακτηρίζεται από ομαλά όρια όπως και οι μικρού μεγέθους, αλλά εμφανίζουν μεγαλύτερη ποικιλία σχημάτων και κατανομής του χρώματος που καλύπτει ένα μεγάλο φάσμα. Επίσης, συνήθως φέρουν πολλές τρίχες καθώς όρυφορικούς, μικρούς, συγγενείς μελαγχρωματικούς σπίλους.<sup>1</sup>

### στ) Επίκτητοι μελαγχρωματικοί σπίλοι

#### 1) Επίκτητος μελαγχρωματικός σπίλος του Unna

Διακρίνεται εύκολα, γιατί είναι εξωφυτικός, με ευρεία ή μισχωτή βάση και επιφάνεια ομαλή, κυρτή ή θηλωματώδη. Είναι δυνατόν να εκληφθεί ως ακροχορδόνια γιατί προβάλλει στην επιφάνεια του δέρματος. Τέτοιας μορφολογίας σπίλος συναντάται στον

κορμό, στα άνω άκρα, το λαιμό ή και το πρόσωπο, αλλά σχεδόν ποτέ στα κάτω άκρα. Σπάνια ο σπίλος του Unna αποτελεί εστία ανάπτυξης μελανώματος.

### II) Επίκτητος μελαγχρωματικός σπίλος του Miescher

Είναι ενδοφυτικός, αναπτυσσόμενος συνήθως στο δέρμα του προσώπου, με χρώμα κάποια ή κάποιες αποχρώσεις του καστανού ή του δέρματος και με κλινικούς χαρακτηριστές μέτριας σκληρίας και ομαλής επιφάνειας ημισφαιριδίου.

### III) Επίκτητος μελαγχρωματικός σπίλος του Clark

Παλιότερα αποκαλείτο «σύνδρομο του BK σπίλου» και σήμερα δυσπλαστικός σπίλος. Η μέγιστη πλειοψηφία των μελανωμάτων αναπτύσσονται σε έδαφος τέτοιου σπίλου (20%). Είναι ο πλέον συχνός επίκτητος σπίλος. Όταν πρωτοεμφανίζεται είναι επίπεδος, αλλά καθώς αυξάνει σε μέγεθος υπεργείρεται ελαφρώς της επιφάνειας του δέρματος. Η επιφάνεια του είναι λεία και το χρώμα του βαθύ καστανό ή μαύρα. Το μέγεθος του είναι συνήθως μικρότερο των 6mm. Στην περίπτωση που ξεπεράσει τα 6mm και παύσει να είναι συμμετρικός και ενδεχομένως εμφανίζει ανώμαλα όρια και ποικιλίες στο χρωματισμό τότε προκύπτει έντονο το πρόβλημα της διαφορικής διάγνωσης από το μελάνωμα. Απαραίτητα έπειτα ακολουθεί η βιοψία της βλάβης. Η μορφή αυτών των σπύλων εντοπίζεται συνήθως σε περιοχές που εκτίθενται στον ήλιο κυρίως στον κορμό και τα άκρα χωρίς βέβαια να αποκλείεται η ανάπτυξη τους και σε περιοχές του δέρματος που προφυλάσσονται από τον ήλιο.

### IV) Επίκτητος μελαγχρωματικός σπίλος του Spitz

Πρόκειται για μελάνωμα, το οποίο εμφανίζεται στα παιδιά (Sophie Spitz). Σήμερα, έχει καταστεί σαφές ότι ο σπίλος Spitz δεν είναι μελάνωμα και δεν απαντά μόνο στα παιδιά.

1. Στα παιδιά: Μονήρης ερυθρωτή βλαστίδα.
2. Στους ενήλικες: Μονήρης καστανή βλαστίδα.

Εμφανίζεται συνήθως στο κορμό για τους άνδρες και στα κάτω άκρα στις γυναίκες.<sup>1</sup>

### V) Ποικιλίες Spitz

A) Άθροισμα ερυθρωτών και ερυθρών βλαστιδών, πάνω σε περιοχές του δέρματος με καστανή αλλοίωση του χρώματός του.

B) Διάσπαρτες ερυθρωτές και ερυθρές βλατίδες κατανεμημένες στη μια πλευρά του σώματος π.χ. πρόσωπο.<sup>1</sup>

### ζ) Δυσπλαστικός σπίλος

Πριν από πολλά χρόνια παρατηρήθηκε για πρώτη φορά πως σε μια οικογένεια αναπτύσσονταν μελανώματα στα μέλη της που έφεραν πολλούς σπύλους. Οι σπύλοι αυτοί αργότερα ονομάστηκαν σύνδρομο των BK σπύλων από τα αρχικά των επιθέτων δύο οικογενειών που οι ερευνητές μελέτησαν ενώ σήμερα επικράτησε να αποκαλείται δυσπλαστικός σπίλος. Το 3-5% των ενηλίκων φέρει δυσπλαστικούς σπύλους. Οι σπύλοι αυτοί μπορεί να έχουν κληρονομική σχέση ή να εμφανίζονται σποραδικά. Η εμφάνιση



πολλαπλών δυσπλαστικών σπίλων σε δύο ή περισσότερα άτομα της ίδιας οικογένειας ονομάζεται σύνδρομο δυσπλαστικών σπίλων

Οι δυσπλαστικοί σπίλοι εμφανίζονται σε σημεία όπως το τριχωτό της κεφαλής αλλά και σε προφυλασσόμενες από τον ήλιο περιοχές όπως η περιοχή των μαστών στις γυναίκες ή της πύελου στους άνδρες.

Η προδιάθεση για την εμφάνιση των σπίλων αυτών πρώτα εκδηλώνεται στην ηλικία των 5-8 ετών με ασυνήθη αύξηση του αριθμού των μελαγχρωματικών σπίλων στην πλάτη ή στο θώρακα. Η αύξηση σταματά με την ενηλικίωση χωρίς όμως αυτό να αποτελεί κανόνα, καθώς εμφανίζονται και σε άτομα που υπερβαίνουν το 35 έτος της ηλικίας τους. Αυτό που χαρακτηρίζει τους σπίλους είναι η ανομοιομορφία τους. Περιγράφεται χαρακτηριστικά πως δεν μπορεί να βρει κανείς ούτε 2 σπίλους να μοιάζουν μεταξύ τους. Έχουν κηλιδώδη και βλατιδώδη στοιχεία, οι παρυφές τους είναι ακανόνιστες και χωρίς ελακτριβή όρια.

Η επιφάνεια του είναι ελαφρώς υπεργεμένη από το δέρμα, έχει ανομοιογενή χρωματισμό με αποχρώσεις ερυθράς, κυανής ή και μαύρης χροιάς. Το κύριο σημείο διάκρισης από ένα κυανό σπίλο είναι το μέγεθος του που υπερβαίνει τα 5-10 mm.

Στην ιστολογική εξέταση εμφανίζεται ακανόνιστος πολλαπλασιασμός των ενδοεπιδερμικών κυττάρων με άλλοτε άλλου βαθμού ατυπία. Το μελάνωμα μπορεί να εξορμάται κατωθείαν από έναν δυσπλαστικό σπίλο.<sup>1,3,4</sup>

### 1.3.1 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΟΥ ΣΠΙΛΟΥ ΜΕ ΤΟ ΜΕΛΑΝΩΜΑ

Η ύπαρξη δυσπλαστικού σπίλου ή σπίλων στον άνθρωπο αυξάνει κατά πολύ τον κίνδυνο εμφάνισης μελανώματος. Ένας μονήρης δυσπλαστικός σπίλος αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου εμφάνισης μελανώματος. Το άτομο, το οποίο φέρει περισσότερους από έναν δυσπλαστικούς σπίλους, επί εδάφους οικογενειακού μελανώματος, αν αναπτύξει μελάνωμα, αυτό εξελίσσεται απ' ευθείας εντός ενός από αυτούς τους σπίλους. Οι δυσπλαστικοί σπίλοι, οι οποίοι δε σχετίζονται με το οικογενές μελάνωμα, φέρουν μικρότερο ποσοστό κινδύνου εξαλλαγής σε μελάνωμα.

Οι δυσπλαστικοί σπίλοι, αποτελούν δείκτες δυνητικότητας προς το μελάνωμα για τα άτομα που τους φέρουν. Αυτοί οι δείκτες ανευρίσκονται σε μερικές οικογένειες με δυνητικότητα ως προς το μελάνωμα ή και σε μεμονωμένα άτομα. Τέτοια άτομα, είναι σημαντικό να αντιμετωπίζονται εγκαίρως ώστε να αποφεύγεται ο κίνδυνος μελανώματος και να ελαττώνει τη θνησιμότητα από αυτό.<sup>1,5</sup>

## 1.4 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Ο καρκίνος του δέρματος είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου που εμφανίζεται στους ανθρώπους. Ένας στους τρεις νέους καρκίνους αφορά το δέρμα. Υπολογίζεται ότι το 40-50% των ανθρώπων με ανοιχτόχρωμη επιδερμίδα έως τα 65 τους χρόνια θα αναπτύξουν τουλάχιστον ένα είδος καρκίνου δέρματος. Πριν από δέκα χρόνια, ο καρκίνος του δέρματος ήταν ασυνήθιστος σε ηλικίες μικρότερες των σαράντα ετών, σήμερα όμως παρατηρείται τακτικά και σε νεότερα άτομα. Μάλιστα, δεν είναι σπάνιος ακόμα και σε άτομα ηλικίας περίπου είκοσι ετών.

Οι συχνότεροι τύποι καρκίνου του δέρματος, ο βασικοκυτταρικός και ο επιθηλιακός, είναι δύο με τρεις φορές συχνότερος στους άνδρες από ότι στις γυναίκες. Και οι δύο αυτοί τύποι είναι θεραπεύσιμοι. Για το μελάνωμα, έναν άλλο τύπο καρκίνου του δέρματος, θα γίνει λόγος εκτενέστερα σε άλλο κεφάλαιο.

Το **βασικοκυτταρικό καρκίνωμα** του δέρματος (BCC), είναι ο συχνότερος από όλους τους τύπους του καρκίνου δέρματος. Αναπτύσσεται στην εξωτερική στοιβάδα του δέρματος, την επιδερμίδα, σε τριχωτές επιφάνειες. Η εμφάνιση του ποικίλει σημαντικά. Ο συνηθέστερος τύπος είναι το οζώδες βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, ένα οζίδιο διαφανές, χρώματος σαρκός, με πολλά μικρά υπερκείμενα αγγεία και κυκλικά όρια με μορφή μαργαριταριού. Ο όγκος αυτός αναπτύσσεται αργά προς τα πλάγια. Ορισμένες φορές εξελκώνεται και δημιουργεί κάποια εσχάρα στο κέντρο του, καθώς αναπτύσσονται γρήγορα τα αιμοφόρα αγγεία που τον τροφοδοτούν.

Ένας δεύτερος τύπος είναι η μελαχρωστική βλάβη. Οι βλάβες είναι πιο σκούρες από ότι στον οζώδη τύπο, με κάποια μπλε, καφεοειδή ή μαύρη εμφάνιση. Ο εν λόγω τύπος συγγέεται συχνά με το κακόηθες μελάνωμα.

Ένας τρίτος τύπος του βασικοκυτταρικού καρκινώματος είναι ο επιφανειακός που εμφανίζεται σαν κόκκινη, συχνά λεπιδοειδής εντοπισμένη πλάκα. Συγγέεται συχνά με την ψωρίαση ή το έκζεμα. Υπάρχει επίσης ο τύπος της μορφέας ή σκληρυντικός, μια βλάβη μονήρης, συμπαγής, με ασαφή όρια και ελαφρά υπέγερση, η οποία διακρίνεται ευκολότερα από την οζώδη, τη μελαχρωστική και την επιφανειακή μορφή. Αν δεν αντιμετωπιστούν, τα βασικοκυτταρικά καρκινώματα ενδέχεται να σχηματίσουν σφελκίδες, να εξελκωθούν ή να αιμορραγήσουν.

Το **επιθηλιακό καρκίνωμα** (SCC) είναι η δεύτερη συνηθέστερη μορφή δερματικού καρκίνου. Προέρχεται από τα κύτταρα της κερατίνης στοιβάδας της επιδερμίδας. Αναπτύσσεται σε περιοχές του δέρματος που έχουν υποστεί βλάβες από τον ήλιο και σε περιοχές παλαιότερων εγκαυμάτων, ουλών ή χρόνιων ελκών. Εμφανίζεται σαν ερυθρωπές, φολιδωτές, καλώς αφορισμένες πλάκες που σταδιακά αναπτύσσονται στην επιφάνεια έλκος, λεπιδοειδείς εσχάρες ή βλάβες παρόμοιες με τα κονδυλώματα. Τελικά οι όγκοι επεκτείνονται στους βαθύτερους ή παρακείμενους ιστούς.

Οι επιθηλιακοί καρκίνοι του δέρματος θεωρούνται επιφανειακοί όταν προσβάλλουν το άνω τμήμα της επιδερμίδας και διηθητικοί όταν προσβάλλουν το κατώτερο τμήμα της επιδερμίδας και τον υποδόριο ιστό. Περιγράφονται επίσης με βάση το βαθμό διαφοροποίησης των κυττάρων, ως καλώς διαφοροποιημένοι, μετρίως διαφοροποιημένοι και φτωχώς διαφοροποιημένοι. Όσο λιγότερο διαφοροποιημένος είναι ο όγκος τόσο μικρότερη είναι η έκταση του φυσιολογικού ιστού που διατηρείται και τόσο επιθετικός ο καρκίνος.

Το θηλωματώδες καρκίνωμα είναι ένας ανθροκραμβοειδής (εν είδει μύκητα ) τύπος SCC που αναπτύσσεται στο σώμα, στο επιθήλιο του πρωκτού και των γεννητικών οργάνων και στις κάτω επιφάνειες των ποδιών.<sup>6,7,8,9</sup>

## 1.5 ΜΕΛΑΝΩΜΑ

Το μελάνωμα είναι ο πλέον κακοήθης όγκος του δέρματος, που χαρακτηρίζεται από ταχεία εξέλιξη και πολλαπλές μεταστάσεις. Πρόκειται για κακοήθη αύξηση των μελανοκυττάρων.<sup>10</sup>

Το μελάνωμα παρουσιάζει τα ακριβώς αντίθετα μορφολογικά χαρακτηριστικά εν συγκρίσει με τους μελαγχρωματικούς σπίλους. Όπως προαναφέρθηκε οι μελαγχρωματικοί σπίλοι έχουν συμμετρική ανάπτυξη, ομαλό περίγραμμα και ομοιομορφία στο χρώμα. Επιπλέον ο μελαγχρωματικός σπίλος αυξάνει αρχικά σε μέγεθος και σύντομα παύει να αναπτύσσεται. Αντίθετα, το μελάνωμα εμφανίζει αδιάλειπτη ανάπτυξη. Σύντομα ξεπερνά το παραδεκτό μέγεθος (6 mm ) ενός σπίλου, ενώ εμφανίζονται όλα τα ύποπτα σημεία στον ένα ή τον άλλο βαθμό κακοήθειας. Η μελαγχρωματική αλλοίωση γίνεται ασύμμετρη, το **περίγραμμα** της ανώμαλο με προσεκβολές και εσοχές. Επίσης, η **επιφάνεια** καθίσταται ανώμαλη, σε κάποιο σημείο λεία, σε άλλο φέρει κρούστα απολέπισης ή δημιουργεί την εικόνα εφελκίδος. Το χρώμα ποικίλλει από καστανό σε σοκολατί, σκούρο μπλε ή μαύρο ή ακόμα και με περιοχές ερυθρωπές ή αποχρωματισμένες.<sup>1</sup>

### 1.5.1 ΕΞΕΛΙΞΗ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ

Το μελάνωμα, όταν διαγιγνώσκεται με βιοψία, έχει συνήθως διάμετρο > 6 mm. Το σχήμα είναι ασύμμετρο και η περιφέρεια ανώμαλη. Τα μελανοκύτταρα σ' αυτή τη φάση εμφανίζουν ατυπία και βρίσκονται διασκορπισμένα εντός της επιδερμίδας, πάνω από το σημείο μετάπτωσής τους στο χόριο όπου και βρίσκονται τα φυσιολογικά μελανοκύτταρα. Στη συνέχεια, καταφέρνουν να καταδύσουν εντός του χορίου με αποτέλεσμα να μην ωριμάσουν και να παραμείνουν άτυπα μελανοκύτταρα. Παράλληλα, δημιουργούνται μικρές φωλεές από άτυπα μελανοκύτταρα χωρίς να απέχουν το ίδιο μεταξύ τους, πράγμα που συμβαίνει στους μελαγχρωματικούς σπίλους. Παρόμοιες συναθροίσεις άτυπων μελανοκυττάρων παρατηρούνται και στα εξαρτήματα του δέρματος. Τέτοια διάταξη μελανοκυττάρων με πυρήνες άτυπους χαρακτηρίζει το μελάνωμα **in situ**. Ο όρος **in situ** σημαίνει **στη θέση του** και εδώ χρησιμοποιείται κυριολεκτικά καθώς τα άτυπα μελανοκύτταρα βρίσκονται εκεί που υπάρχουν και φυσιολογικά.

Μέχρι στιγμής το μελάνωμα έχει καλοήθη ανάπτυξη χωρίς τη δυνατότητα να δώσει μεταστάσεις. Εν συνεχεία, τα άτυπα μελανοκύτταρα διασκορπίζονται σε όλη την επιδερμίδα. Η μελαγχρωματική αλλοίωση αποκαλύπτει τα πρώτα ύποπτα σημεία της δυναμικής κακοήθους υφής. Η επιφάνεια είναι ανώμαλη, η χροιά της πιο σκούρα ή και μαύρη και τα άτυπα μελανοκύτταρα καταλαμβάνουν τα ανώτερα μέρη, των εξαρτημάτων του δέρματος. Στο σημείο αυτό η αφαίρεση της βλάβης συνιστά για τον ασθενή την πλήρη ίαση. Ο κίνδυνος για δυσμενή εξέλιξη προκύπτει τη στιγμή που τα άτυπα μελανοκύτταρα διεισδύουν στις στοιβάδες του χορίου. Το πάχος της βλάβης ξεπερνά τα 0.76-8 mm και χαρακτηρίζεται ως λεπτό μελάνωμα με ελάχιστες πιθανότητες να προκαλέσει μεταστάσεις.<sup>1,11</sup>

Τη στιγμή που τα κακοήθη μελανοκύτταρα βρίσκονται στη δικτυωτή στοιβάδα του χορίου ή και βαθύτερα, όπου υπάρχουν τα αιμοφόρα αγγεία και τα λεμφαγγεία, οι περισσότερες μεταστάσεις τότε λαμβάνουν χώρα, οπότε και μιλάμε για μεταστατική νόσο.

Το μελάνωμα διακρίνεται σε:

Μελάνωμα σύμφωνα με Clark :	αναπτυσσόμενο επί μελανώσεως του δέρματος ( <b>lentigo maligna</b> )
	επιφανειακά επεκτεινόμενο ( <b>superficial spreading</b> )
	οζώδες ( <b>nodural</b> )
	μελάνωμα υπονόχιο των βλεννογόνων, των παλαμών και των πελμάτων ( <b>acrolentiginous</b> ).

Πίνακας 1: Αιάκριση δερματικού μελανώματος

#### I. Lentigo maligna ( φακοειδές μελάνωμα ) :

Εμφανίζεται σε ενήλικους στις παλάμες στα πέλματα και στην περιοχή της ουχοφόρου φάλαγγας του μεγάλου δάκτυλου του ποδιού. Η συχνότητα του είναι 8 φορές μεγαλύτερη στα πέλματα απ' ότι στην παλάμη. Η βλάβη πριν γίνει διηθητική εμφανίζει συνήθως κλινική μορφή κυανή ή μαύρη ανώμαλη και επίπεδη. Παρουσιάζεται συνήθως στο πρόσωπο ηλικιωμένων ατόμων. Ονομάζεται και κακοήθης φάκωση ή μελανωματική φακίδα του Hutchinson. Άγνωστο είναι το ποσοστό, το οποίο θα εξελιχθεί σε διηθητικό μελάνωμα. Μακροσκοπικά η διηθητικότητα της βλάβης εμφανίζεται ως αύξηση της ανωμαλίας του περιγράμματος και οζώδης επιφάνεια. Συχνά υπάρχει και βλάβη της επιδερμίδας από την ηλιακή ακτινοβολία. Η λεμφαδενική μετάσταση του μελανώματος είναι σπάνια και εμφανίζεται όψιμα.

#### II. Superficial spreading melanoma ( επιπολής εξαπλούμενο ) :

Είναι η συνηθέστερη ποικιλία μελανώματος κυρίως σε νεαρά ενήλικα άτομα. Το 64% των περιπτώσεων παρουσιάζεται ως δερματική βλάβη διαφορετικού χρώματος και ανώμαλου περιγράμματος. Συχνότερες εντοπίσεις υπάρχουν στα κάτω άκρα των γυναικών και στη ράχη των ανδρών. Ο κνησμός είναι συχνό σύμπτωμα. Στη διάρκεια της οριζόντιας ανάπτυξης του δημιουργούνται συγκεντρώσεις άτυπων μελανοκυττάρων στη χοριο-επιδερμική συμβολή καθώς και σε περισσότερο επιφανειακές θέσεις της επιδερμίδας. Έτσι η διαφορική διάγνωση μεταξύ αυτού του τύπου μελανώματος και του φακοειδούς μπορεί να γίνει ιστολογικά με την εξέταση του δέρματος γύρω από τη βλάβη. Όταν η βλάβη δείχνει οριζόντια μόνο εξάπλωση τότε πρόκειται για in situ επιπολής εξαπλούμενο μελάνωμα.

### III. Οζώδες μελάνωμα ( nodular malignant melanoma ) :

Αποτελεί το 28% όλων των μελανωμάτων. Εμφανίζεται συχνότερα σε νεαρά ενήλικα άτομα πιο συχνά άνδρες σε σημεία του σώματος που εκτίθενται περιστασιακά στον ήλιο. Η πλάτη είναι η συχνότερη εντόπιση και εξελίσσεται αρκετά γρήγορα. Παρουσιάζεται ως ψηλαφητό ογκίδιο του δέρματος, το οποίο μπορεί να είναι μελανό ή και άχρωμο (αν και υπάρχει πάντα λίγη χρωστική κλινικός εμφανής στη βάση του). Η οριζόντια επέκταση του είναι εξαιρετικά βραχεία και έτσι δεν υπάρχει στο ιστορικό του ασθενή το στοιχείο της μεγέθυνσης της βλάβης. Υπάρχει κνησμός, η αιμορραγία είναι συχνή και αρκετά νωρίς εξελκώνεται. Οι λεμφαδενικές μεταστάσεις είναι συχνές.

### IV. Μελάνωμα των άκρων ( acral lentiginous melanoma ) :

Εμφανίζεται συνήθως στις θέσεις που το δέρμα είναι παχύ και σκληρό (παλάμες-πέδια). Στη φάση της οριζόντιας εξάπλωσης του έχει τους χαρακτήρες τόσο του φακιδοειδούς όσο και του επιπολής εξάπλωμένου μελανώματος. Η βασική στοιβάδα της επιδερμίδας αντικαθίσταται από άτυπα μελανοκύτταρα τα οποία τείνουν να εξάπλωθεί τόσο προς την επιφάνεια όσο και προς το χόριο. Έχει πολύ κακή πρόγνωση.<sup>1,12,13,14</sup>

## 1.5.2 ΕΞΑΠΛΩΣΗ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ

### 1. Εξάπλωση κατά επέκταση

Η επιπολής εξάπλωση στο μελάνωμα και στο φακιδοειδές κακόηδες μελάνωμα γίνεται κατά οριζόντια έννοια και στο οζώδες κατά κάθετη έννοια.

### 2. Λεμφική εξάπλωση

Η λεμφική διασπορά είναι πολύ σημαντική. Το θετικό των περιοχικών λεμφαδένων ή το αρνητικό αυτών προσδίδει μεγάλη διαφορά στην πρόγνωση. Τα δερματικά συνοδά οζίδια του μελανώματος είναι συνέπεια της εξάπλωσης με τη λεμφική οδό. Αυτά ενδεχόμενα οφείλονται στην ανάστροφη ροή εντός του λεμφικού πλέγματος του χορίου και στη λεμφική στάση.

### 3. Αιματογενής επέκταση

Για κύτταρα του όγκου μπορεί να εισέλθουν στην αιματική κυκλοφορία αρχικά μετά από η διασπορά προς το λεμφικό σύστημα ή απευθείας από τον όγκο. Από την άλλη πλευρά είναι γνωστό, ότι μετά την εμφάνιση μακρινής μετάστασης με την αιματική οδό η πρόγνωση συνήθως είναι κακή. Οι μακρινές μεταστάσεις εμφανίζονται κατά σειρά συχνότητας περισσότερο στον εγκέφαλο, στο ήπαρ, στα οστά, στα επινεφρίδια, στους πνεύμονες, στο γαστρεντερικό σύστημα και στο σπλήνα. Σπανίως οι μονήρεις μεταστάσεις του εγκεφάλου και του πνεύμονος μπορούν να εξαιρεθούν με χειρουργική.

## ΕΝΟΤΗΤΑ 2

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται μια σταθερή αύξηση της επίπτωσης του κακοήθους μελάνωματος του δέρματος σε πολλές χώρες του κόσμου. Ισχυρές επιδημιολογικές και πειραματικές ενδείξεις συνιγορούν υπέρ του κεντρικού ρόλου της υπεριώδους ακτινοβολίας στην παθογένεια του μελάνωματος. Σε πειραματικό επίπεδο η έκθεση σε υπεριώδεις ακτίνες ελάγει την εμφάνιση μελανωματικών όγκων σε ανθρώπινα δερματικά μοσχεύματα καθώς και σε ορισμένα πειραματόζωα. Σε επιδημιολογικό επίπεδο η αύξηση της συχνότητας της εμφάνισης μελάνωματος σχετίζεται άμεσα με την αυξημένη έκθεση σε υψηλής εντάσεως υπεριώδη ακτινοβολία. Το ανοιχτόχρωμο δέρμα, η ευπάθεια στην πρόκληση ηλιακού ερυθρήματος και εγκαύματος, η αδυναμία μελάγχρωσης, η τάση για σχηματισμό κηλίδων και η παρουσία μελαγχρωματικών σπλών αποτελούν ορισμένους από τους τεκμηριωμένους παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση μελάνωματος αλλά και σημεία αναφοράς για τις επιδημιολογικές μελέτες. Επίσης στη βιβλιογραφία οι επιδημιολογικές έρευνες περιλαμβάνουν στοιχεία που αφορούν την ηλικία, το φύλο, τη φυλή, την κοινωνικοοικονομική θέση, την εργασία και την ανατομία του σώματος.<sup>15,16</sup>

#### 2.1 ΓΕΝΙΚΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Από τη δεκαετία του 1950 παρατηρείται μια σταθερή αύξηση της επίπτωσης του κακοήθους μελάνωματος του δέρματος σε παγκόσμιο επίπεδο. Υπολογίζεται ότι η αύξηση αυτή είναι της τάξεως του 3-8% ετησίως, γεγονός που καθιστά το μελάνωμα ένα από τα ταχύτερα αναπτυσσόμενα κακοήθη νεοπλασμάτα στον άνθρωπο. Έτσι στην Αυστραλία, που κατέχει την πρώτη θέση στην επίπτωση μελάνωματος παγκοσμίως, η συχνότητα της νόσου ανήλθε από 16,4 περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμό το 1965 σε 49,3 ανά 100.000 πληθυσμό το 1987. Παρόμοιες τάσεις έχουν αναφερθεί και σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες ενώ στις ΗΠΑ ο κίνδυνος νόσησης από διηθητικό μελάνωμα κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου έχει αυξηθεί από 1:1500 το 1935 σε 1:88 το 1996 και έχει φτάσει 1:75 το 2000. Μόνο το 1997 καταγράφηκαν περίπου 40.000 νέα περιστατικά μελάνωματος στις ΗΠΑ ενώ 7.300 ασθενείς απεβίωσαν λόγω

<sup>15</sup> Η συχνότητα της εμφάνισης νέων περιστατικών της νόσου σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και για συγκεκριμένο αριθμό ατόμων.

της νόσου κατά το ίδιο έτος. Το κακόηθες μελάνωμα κατέχει σήμερα το 3% όλων των τύπων κακοηθών νεοπλασιών (εξαιρουμένων των μη μελανωματικών όγκων του δέρματος), συχνότερο από τη λευχαιμία και το γαστρικό καρκίνο, και ευθύνεται για το 1% των συνολικών θανάτων από καρκίνο.<sup>15</sup>

Πίνακας 2: Συχνότητα μελανώματος<sup>1,17</sup>

Έτος	Μια περίπτωση μελανώματος ανά
1930	15000 άτομα
1950	600 άτομα
1980	250 άτομα
1985	150 άτομα
1990	120 άτομα
2000	90 άτομα

Η θνησιμότητα<sup>\*\*</sup> από μελάνωμα έχει παρουσιάσει και αυτή άνοδο αλλά μικρότερη σε σχέση με τους ρυθμούς επίπτωσης της νόσου (32,7% στην περίοδο 1973-1995 στις ΗΠΑ). Αντίθετα η πενταετής επιβίωση των μελανοπαθών έχει βελτιωθεί σημαντικά, εμφανίζοντας αύξηση από 67% το 1975 σε 88,2% την περίοδο 1989-1994.

Το μελάνωμα είναι γενικώς σπάνιο πριν την εφηβεία και όταν συμβαίνει, εκδηλώνεται συνήθως στα πλαίσια ενός μεγάλου ή γιγαντιαίου μελαγχρωματικού σπிலου. Η επίπτωση της νόσου αυξάνει από τη δεύτερη δεκαετία της ζωής και ύστερα ενώ η μέση ηλικία εμφάνισης του μελανώματος είναι νωρίς στην πέμπτη με έκτη δεκαετία. Η συχνότητα του νοσήματος είναι περίπου ίδια στα δυο φύλα, αν και σε ορισμένες χώρες παρατηρείται μια ελαφρά υπεροχή στις γυναίκες. Γενικά οι γυναίκες με αρχικά στάδια μελανώματος (στάδια I & II) έχουν καλύτερη επιβίωση από τους άντρες, γεγονός που υποδηλώνει την πιθανή συμβολή ορμονικών παραγόντων στην παθογένεια της νόσου.<sup>15,18</sup>

## 2.2 ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον σε σημαντικά στατιστικά στοιχεία, που αποτέλεσαν αντικείμενο επιδημιολογικής έρευνας παγκοσμίως, ακολουθεί αναλυτική προσέγγιση ορισμένων από αυτών:

### ΕΠΙΠΤΩΣΗ

Μια μελέτη που έγινε σε παγκόσμια κλίμακα το 1985, το μελάνωμα κατείχε το ποσοστό των 1,2 % όλων των νέων νεοπλασιών παγκοσμίως και το ποσοστό των 7% των νέων περιπτώσεων στους άνδρες και το 8,5 % των νέων περιπτώσεων στις γυναίκες στις αναπτυγμένες χώρες. Η αυξημένη επίπτωση του μελανώματος στους λευκούς κατάταξε το μελάνωμα στον όγδοο πιο κοινό καρκίνο στους άνδρες και στον ένατο για τις γυναίκες στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.

### ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΟΙΚΙΛΙΑ

Η επίπτωση του μελανώματος, έτσι όπως έχει καταγραφεί, ποικίλει ανάλογα την γεωγραφική θέση κάθε τόπου. Τα χαμηλότερα ποσοστά που κυμαίνονται από 0,1 έως 0,2 ανά 100.000 πληθυσμό, τον χρόνο, εντοπίζονται στην Κίνα, την Ιαπωνία και την

<sup>\*\*</sup> Η συχνότητα θανάτων από τη νόσο σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και για συγκεκριμένο αριθμό ατόμων.

Ινδία. Αντίθετα, τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης παρατηρούνται στην Αυστραλία (25 περιπτώσεις για κάθε 100.000 άτομα). Γενικά, το μελάνωμα εκδηλώνεται σε γεωγραφικές περιοχές που έχουν υψηλή και συνεχή ηλιοφάνεια, ενώ η επίπτωση της νόσου εμφανίζει, κατά κανόνα, μια αντιστρόφως ανάλογη σχέση με το γεωγραφικό πλάτος και την απόσταση από τον Ισημερινό και κατά επέκταση με την ένταση της ηλιακής ακτινοβολίας. Υπολογίζεται δε ότι για κάθε βαθμό μείωσης του γεωγραφικού πλάτους η επίπτωση του μελανώματος αυξάνει κατά 5%.

## ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

Τα ποσοστά της επίπτωσης αυξάνουν σταδιακά μέχρι την ηλικία των 50 ετών. Από εκεί και πέρα αρχίζουν να μειώνονται ιδίως στις γυναίκες. Ακόμα, οι γυναίκες έχουν ένα ελαφρό

προβάδισμα σε σύγκριση με τους άνδρες, σε ό,τι αφορά τη συχνότητα εμφάνισης. Τα ποσοστά θνησιμότητας όμως είναι υψηλότερα στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες. Θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθεί πως η εγκυμοσύνη αυξάνει τη συχνότητα του κακοήθους μελανώματος αλλά και τον αριθμό των μεταστάσεων.<sup>19</sup> Τέλος, η εμφάνιση του μελανώματος που παρατηρείται στο πρόσωπο, συμβαδίζει επιδημιολογικά με τις μεγαλύτερες ηλικίες ενώ το μελάνωμα που εμφανίζεται σε άλλα σημεία του σώματος με την μέση ηλικία των ατόμων.



Διάγραμμα 1: νέες περιπτώσεις και θάνατοι από το δερματικό μελάνωμα

Σχόλιο: Παρατηρείται αύξηση της επίπτωσης τόσο σε γυναίκες όσο και σε άνδρες ενώ στη θνησιμότητα παρατηρείται σταθερότητα υπέρ των γυναικών

## ΦΥΛΗ

Το κακόηθες μελάνωμα αποτελεί πρόβλημα κυρίως των ατόμων της Καυκάσιας φυλής με ανοιχτόχρωμο δέρμα και συναντάται λιγότερο σε άτομα της κίτρινης, μαύρης και ινδιάνικης φυλής. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι τα ποσοστά επίπτωσης για το μελάνωμα στις ΗΠΑ είναι περίπου 10 φορές υψηλότερα στην λευκή φυλή από ό,τι στην μαύρη, κάνοντας αναφορά για άτομα που ζουν στην ίδια περιοχή. Επίσης, οι Αφρικανοί και οι μαύροι της Αμερικής έχουν επίπτωση μεγαλύτερη από τους Ασιάτες. Οι βασικότεροι λόγοι για την φυλετική αυτή διαφορά είναι η προστατευτική δράσης της μελανίνης στα



μελαμψά άτομα καθώς και η μακρότερη συχνότητα μελαγχρωματικών σπύλων στα άτομα αυτά.

Είναι γεγονός ότι το εθνικό υπόβαθρο παραμένει ένα σημαντικό επιδημιολογικό στοιχείο σε πληθυσμούς που έχουν Ευρωπαϊκή καταγωγή. Για παράδειγμα, τα ποσοστά της νόσου είναι χαμηλότερα σε Ισπανικής καταγωγής Αμερικανούς από ότι στους άλλους λευκούς συμπολίτες τους. Όσον αφορά την Ευρώπη, η νότια και η ανατολική Ευρώπη έχει χαμηλά ποσοστά εμφάνισης της νόσου από ότι η βόρεια και το Ηνωμένο Βασίλειο.

### ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΘΕΣΗ

Τα ποσοστά επίπτωσης αλλά και θνησιμότητας είναι αποδεδειγμένα υψηλότερα στις ανώτερες κοινωνικά τάξεις.

### ΕΡΓΑΣΙΑ

Η αυξημένη επίπτωση της νόσου σε εργαζόμενους κλειστού χώρου έχει γίνει πολλάκις αντικείμενο επιδημιολογικής έρευνας. Παρ' όλο που εύκολα θα μπορούσε να δημιουργηθεί η εντύπωση πως οι εργαζόμενοι σε ανοιχτό χώρο και στην ύπαιθρο θα είχαν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης της νεοπλασίας, οι έρευνες το διαψεύδουν.

### ΦΑΙΝΟΤΥΠΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΗΛΙΑΚΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Ορισμένα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά, όπως τα μπλε ή πράσινα μάτια, τα ξανθά ή κόκκινα μαλλιά και το ανοιχτόχρωμο δέρμα αποτελούν επιδημιολογικά στοιχεία με αυξημένα ποσοστά εμφάνισης της νόσου. Άμεση συσχέτιση με το φαινότυπο έχει και το είδος της αντίδρασης του δέρματος στην υπεριώδη ακτινοβολία. Άτομα με ανοιχτόχρωμο δέρμα (φωτότυπος I και II ) που είναι ευπαθή στην εκδήλωση ηλιακού ερυθρήματος ή ηλιακού εγκαύματος και έχουν ελαττωμένη μελαγχρωματική ικανότητα εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης μελανώματος από αυτούς που «κίττονται» δύσκολα στον ήλιο και «μαυρίζουν » εύκολα.

### ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ

Άτομα που μεταναστεύουν σε χώρες με υψηλά επίπεδα ηλιακής ακτινοβολίας εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της νόσου συγκριτικά με τη συχνότητα της νεοπλασίας στη χώρα προέλευσης τους. Η επίπτωση της νόσου φαίνεται ότι σχετίζεται περισσότερο με την ηλικία των ατόμων κατά την μετανάστευση και λιγότερο με το συνολικό χρόνο διαμονής στη χώρα της μετανάστευσης. Έτσι άτομα που μετανάστευσαν σε περιοχή με αυξημένη ηλιοφάνεια πριν την ηλικία των 10 ετών, έχουν 4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο νόσησης από εκείνους που μετανάστευσαν σε πιο προχωρημένες ηλικίες. Αυτό, πιθανώς υποδηλώνει την ύπαρξη μιας ευαίσθητης περιόδου κατά την παιδική ηλικία, όπου η επίδραση της UV ακτινοβολίας επάγει ισχυρότερα την καρκινογενετική διαδικασία στα δερματικά μελανοκύτταρα.

### ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΘΕΣΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ

Το μελάνωμα εκδηλώνεται συχνότερα σε περιοχές που εκτίθενται περιστασιακά στις υπεριώδεις ακτινοβολίες. Στους άνδρες για παράδειγμα η συχνότερη θέση προσβολής είναι ο κορμός και ειδικότερα η ράχη και οι ώμοι , ενώ στις γυναίκες το μελάνωμα συμβαίνει περισσότερο στην άνω ράχη και τα κάτω άκρα.

## ΕΓΚΛΥΜΑΤΑ

Η εκδήλωση εγκυματικών επεισοδίων από τον ήλιο ιδιαίτερα όταν αυτά συμβαίνουν κατά την ευαίσθητη περίοδο της παιδικής ηλικίας έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζουν την εμφάνιση μελανώματος. Μια επιδημιολογική μελέτη έδειξε ότι παιδιά με συχνά ηλιακά εγκαύματα πριν την ηλικία των 12 ετών έχουν 3.6 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα μελανώματος (η πιθανότητα αυτή αυξάνεται με τον αριθμό των επεισοδίων), ενώ η πρόκληση ηλιακών εγκαυμάτων κατά την ενήλικη ζωή διπλασιάζει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.<sup>16</sup>

## ΣΧΕΣΗ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΆΛΛΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΛΑΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ UV ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Ασθενείς με μελαγχρωματική ξηροδερμία εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα μελανοματικών δερματικών όγκων (περίπου 1000 φορές μεγαλύτερη από ότι εκείνη του γενικού πληθυσμού). Επίσης ασθενείς με ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα έχουν τριπλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν μελάνωμα ενώ αντίστροφα, τα άτομα που πάσχουν από μελάνωμα έχουν τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εκδηλώσουν μη μελανοματικούς όγκους.

## ΣΧΕΣΗ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΜΕΛΑΙΧΡΩΜΑΤΙΚΟΥΣ ΣΠΙΛΟΥΣ

Περίπου 30% των μελανωμάτων έχουν βρεθεί να σχετίζονται ανατομικά με υπολείμματα σπύλων, ενώ κακοήθης εξαλλαγή σε μελάνωμα παρατηρείται σε 5% των γιγαντιαίων σπύλων. Ο ρόλος, παρ' όλα αυτά, των μελαγχρωματικών σπύλων ως δερματικές βλάβες με δυνητική βιολογική εξέλιξη σε μελάνωμα δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί. Πιστεύεται όμως ότι οι ανωμαλίες των σπύλων, τόσο ποιοτικές, όσο και ποσοτικές προδιαθέτουν στην εμφάνιση της νόσου. Η ύπαρξη κλινικά άτυπων σπύλων (δυσπλαστικών) σε άτομα με θετικό οικογενειακό ιστορικό μελανώματος αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Άτομα με δυσπλαστικούς σπύλους και τουλάχιστον δύο συγγενείς με ιστορικό μελανώματος έχουν πιθανότητα 100% να αναπτύξουν μελάνωμα. Μετά από όλα αυτά καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο ολικός αριθμός των σπύλων, όχι μόνο των δυσπλαστικών, αλλά και των κλινικά καλοηθών σπύλων, συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα μελανώματος, εκφράζοντας έτσι μια δωσοεξαρτώμενη σχέση μεταξύ της συνολικής δερματικής επιφάνειας που οι σπύλοι καταλαμβάνουν και της πιθανότητας εμφάνισης μελανώματος.<sup>15</sup>

## ΕΝΟΤΗΤΑ 3

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Το δέρμα είναι ένα όργανο με μεγάλη σπουδαιότητα για το ανθρώπινο σώμα καθώς έχει πολλαπλές λειτουργίες. Αυτές είναι: προστατευτική, αισθητική, αναπνευστική, θερμορυθμιστική και αμυντική. Το δέρμα έρχεται σε πρώτη και άμεση επαφή με τους εξωτερικούς παράγοντες του περιβάλλοντος και έτσι υφίσταται την άμεση επίδραση διαφόρων καρκινογεννητικών παραγόντων.<sup>20</sup> Από στατιστικά στοιχεία διαφόρων χωρών και ολοκληρωμένες επιδημιολογικές μελέτες οι βασικές αιτίες για την εμφάνιση μελανώματος στον άνθρωπο θεωρούνται οι παρακάτω.

- ✓ η έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία
- ✓ η έκθεση σε τεχνητές πηγές ακτινοβολίας
- ✓ η κληρονομικότητα
- ✓ η γενετική προδιάθεση
- ✓ το εργασιακό περιβάλλον
- ✓ η διατροφή, οι ορμόνες και άλλα.<sup>21</sup>

### 3.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

#### ➤ Υπεριώδης Ακτινοβολία

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στην τεκμηρίωση της σχέσης μεταξύ έκθεσης στον ήλιο και επίπτωσης για καλοήθειες ή κακοήθειες νευλάσιες του δέρματος. Το θέμα έχει αποκτήσει τελευταία μεγάλες διαστάσεις λόγω της μείωσης της στοιβάδας του στρατοσφαιρικού όζοντος, η οποία προκαλεί την αύξηση της υπεριώδους ακτινοβολίας (UV, Ultra Violet Radiation) που φτάνει στην επιφάνεια της γης, και έχει ως συνέπεια, σύμφωνα με μελέτες, την αύξηση της επίπτωσης του κακοήθους μελανώματος και των άλλων δερματικών παθήσεων στον άνθρωπο. Η υπεριώδης ακτινοβολία αποτελεί περίπου το 5% της ολικής ενέργειας που φτάνει στην επιφάνεια της γης. Η ηλιακή ακτινοβολία χωρίζεται σε τρεις περιοχές μήκους κύματος:

- *UV-A (320 – 400 nm)*
- *UV-B (280 – 320 nm)*
- *UV-C (200 – 280 nm)*<sup>22</sup>

Από την υπεριώδη ακτινοβολία που φτάνει στη γη μόνο το 10% αποτελεί η UV-B, που είναι περισσότερο επικίνδυνη για την πρόκληση δερματικού μελάνωματος. Όλη η ακτινοβολία της περιοχής UV-C και το 90% της UV-B απορροφούνται από τη στρώση του στρατοσφαιρικού όζοντος προστατεύοντας έτσι τους ζώικούς οργανισμούς στην επιφάνεια της γης. Η UV-A δεν απορροφάται από το όζον αλλά η δραστηριότητά της είναι αρκετά μικρότερη από την αντίστοιχη της UV-B. Έρευνες έχουν δείξει ότι για 1% μείωση του όζοντος υπολογίζονται 31.000-126.000 επιπλέον περιπτώσεις (7.000-30.000 θανατηφόρες) όσον αφορά το δερματικό μελάνωμα. Άλλοι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι για 1% μείωση του όζοντος αναμένεται αύξηση της επίπτωσης της τάξεως του 0,3 – 2%.<sup>23</sup>

Ο ακριβής μηχανισμός πρόκλησης μελάνωματος από τη UV-B δεν είναι σαφής. Για την εμφάνιση της κακοήθειας αυτής, βασικό ρόλο παίζει η απορρόφησή της από το DNA με αποτέλεσμα τη δημιουργία φωτοπροϊόντων. Η μελέτη σε πειραματόζωα είναι η κύρια πηγή πληροφοριών για την επίδραση της UV-B στο DNA. Από τις μελέτες αυτές καταλήγουν οι ειδικοί στο συμπέρασμα ότι οι επιπτώσεις της επίδρασης της UV-B συνίστανται στην αναστολή του αναδιπλασιασμού του DNA και της μεταγραφής του RNA. Η αδυναμία του κυττάρου να αποκαταστήσει τη βλάβη του DNA καταλήγει σε μεταλλάξεις και εξαλλάξεις με άμεσες συνέπειες, αφενός την ενεργοποίηση των ογκογονιδίων και αφετέρου την αδρανοποίηση ογκοκατασταλτικών γονιδίων. Τελικό αποτέλεσμα είναι η ανάπτυξη ενός νέου φαινότυπου. Πειραματικά δεδομένα σε ανθρώπους, όσον αφορά την αιτιολογία του μελάνωματος πηγάζουν από τη μελέτη της επίδρασης της UV-B σε άτομα που πάσχουν από μελαγχρωματική ξηροδερμία. Τα κύτταρα του δέρματος των ατόμων αυτών εμφανίζουν ελλειμματική αποκατάσταση του DNA μετά από έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία, γεγονός που σχετίζεται με τη δημιουργία μεταλλάξεων. Ως αποτέλεσμα παρατηρείται υψηλή επίπτωση καρκίνου δέρματος συμπεριλαμβανομένου και του μελάνωματος στα άτομα αυτά.<sup>24</sup>

### ➤ Τεχνητές Πηγές Υπεριώδους Ακτινοβολίας

Οι λάμπες φθορισμού δε φαίνονται να αντιπροσωπεύουν παράγοντα κινδύνου. Όσον αφορά τις πηγές ακτινοβολίας τεχνητού μαυρίσματος (sunbeds, sunlamps), οι οποίες παράγουν μόνο UV-A ακτινοβολία δε φαίνεται να ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη Δερματικού Μελάνωματος. Άλλωστε η UV-A δε θεωρείται επικίνδυνη. Σύγχρονες μελέτες παρ'όλα αυτά διερευνούν αυτή την πιθανότητα. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι οι τεχνητές πηγές αποτελούν κίνδυνο, επισημαίνοντας όμως ότι αυτή η ομάδα πληθυσμού είναι άτομα που αρέσκονται και στη φυσική ηλιοθεραπεία.

### ➤ Οικογενές ιστορικό – Κληρονομικότητα

Ο τύπος δέρματος ως γνωστό κληρονομείται κατά τον επικρατέστερο χαρακτήρα. Επομένως το ξηρό ξανθό και ευαίσθητο δέρμα που κληρονομήθηκε από τους γονείς έχει μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης από ένα δέρμα λιπαρό, μελαχρινό<sup>25</sup> και επιπλέον ερευνητές έχουν εντοπίσει σχέση μεταξύ χρωμοσωμάτων 1, 6, 7, και 10, τα οποία και κληρονομούνται με την εμφάνιση μελάνωματος<sup>26</sup>. Πέραν τούτου όμως, έχει αποδειχθεί, ότι η πιθανότητα να αναπτύξει κανείς μελάνωμα είναι μεγαλύτερη, εάν υπάρχει ένας ή περισσότεροι συγγενείς 1<sup>ου</sup> βαθμού στους οποίους έχει διαγνωστεί μελάνωμα. Οι πιθανότητες μπορεί να είναι 9 φορές περισσότερες για κάποιον που έχει οικογενειακό ιστορικό της νόσου από κάποιον που δεν έχει<sup>27</sup>. Γενικά το ποσοστό των περιπτώσεων που εμφανίζουν μελάνωμα και είχαν οικογενές ιστορικό αγγίζει στο 5-10%<sup>28</sup>.

### ➤ Γενετική Προδιάθεση

Η προδιαθεσική για το μελάνωμα γονιδιακή περιοχή χαρτογραφήθηκε στο βραχίόσκειλο του χρωμοσώματος 9 (9p21). Στη θέση αυτή εντοπίζεται το ογκοκατασταλτικό γονίδιο p16, το οποίο βρίσκεται συχνά μεταλλαγμένο σε διάφορα εσωτερικά νεοπλάσματα. Το p16 παίζει ένα αρνητικό ρυθμιστικό ρόλο στον κυτταρικό κύκλο. Η πρωτεΐνη που κωδικοποιεί, γνωστή αναστολέας της κυκλινο-εξαρτώμενης κίνησης αναστέλλει τη δράση των κυκλινο-εξαρτώμενων κινασών CDKN4 ή CDKN6 αναστέλλοντας τον κυτταρικό τύπο στην φάση G1. Συνεπώς, μεταλλάξεις του γονιδίου p16 αίρουν τον ανασταλτικό του έλεγχο στον κυτταρικό κύκλο ζωής προδιαθέτοντας τα κύτταρα σε ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό. Μεταλλάξεις του γονιδίου p16 έχουν παρατηρηθεί σε ποσοστό 40-50 % των ασθενών με οικογενές μελάνωμα και σε 25% σποραδικών μελανωμάτων. Η έρευνα για την ταυτοποίηση του υπεύθυνου γονιδίου είναι πολύ σημαντική καθώς μπορεί να θέσει τις βάσεις για τον προσδιορισμό των ατόμων που είναι γενετικά επιρρεπείς στην εκδήλωση μελανώματος.<sup>15, 26, 29</sup>

### ➤ Εργασιακοί Παράγοντες

#### ☞ Τύπος Έκθεσης στον Ήλιο

Ο τύπος έκθεσης στον ήλιο θεωρείται ότι κατέχει σημαντικό ρόλο όσον αφορά την ανάπτυξη μελανώματος<sup>30</sup>. Άτομα που έχουν αντικείμενο εργασίας στην ύπαιθρο (αγρότες, εργάτες κ.α.) έχουν χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης δερματικού μελανώματος σε σχέση με άτομα που εργάζονται σε στεγασμένους χώρους. Και αυτό γιατί η χρόνια έκθεση στον ήλιο μπορεί να επάγει βαθύ μαυρισμένο δέρμα ικανό να φιλτράρει τη UV-B ακτινοβολία, προσφέροντας με αυτό τον τρόπο προστασία στα άτομα αυτά<sup>31</sup>. Άρα η έντονη και μη συχνή έκθεση στον ήλιο μπορεί να ενέχει μεγαλύτερους κινδύνους από ότι η χρόνια και συνεχής έκθεση.

#### ☞ Ατομική Ενέργεια

Έχει παρατηρηθεί μια αύξηση της συχνότητας του κακοήθους μελανώματος στους εργαζόμενους σε σταθμούς πυρηνικής ενέργειας χωρίς να υπάρχει αύξηση στους κατοίκους των περιοχών που έχουν εγκατασταθεί τα συγκεκριμένα εργοστάσια<sup>32</sup>.

#### ☞ Χημικές Ουσίες

Το δερματικό μελάνωμα παρουσιάζεται συχνά σε άτομα που έρχονται σε συχνή επαφή με διάφορες καρκινογόνες ουσίες όπως π.χ. τα παράγωγα του πετρελαίου και της πίσσας, ουσίες που περιέχουν φυτοφάρμακα κ.τ.λ.<sup>20</sup>.

### ➤ Ορμόνες

Σημαντικό ρόλο στην πρόκληση μελανώματος φαίνεται να διαδραματίζουν οι ορμόνες, όπως η Μελανοτρόπος ορμόνη της υπόφυσης. Αυτή η ορμόνη αυξάνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, εξαιτίας της αυξανόμενης στάθμης των οιστρογόνων, με αποτέλεσμα να έχει περιγραφεί συχνότερη εξαλλαγή προϋπαρχόντων σπιδων σε μελανώματα, στα οποία όμως έχει παρατηρηθεί αυτόματη ίαση κατά το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης<sup>33</sup>. Σε ό,τι αφορά τις αντισυλληπτικές ορμόνες φαίνεται από πολλές μελέτες ότι δεν υφίσταται σχέση με το μελάνωμα παρά μόνο εάν η χρήση τους παρατείνεται επί μακρόν (10 έτη και άνω)<sup>32</sup>.

### ➤ Διατροφή – Οινόπνευμα – Βαφές Μαλλιών

Έχουν διερευνηθεί ως παράγοντες κινδύνου, ωστόσο η συμμετοχή τους δεν έχει επιβεβαιωθεί<sup>32</sup>.

### ➤ Ιογενείς Λοιμώξεις

Ιογενείς λοιμώξεις από ογκολογικούς ιούς

## 3.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

### 1. Φύλο

Εμφανίζεται συνήθως σε γυναίκες άνω των σαράντα ετών, κυρίως στην περιοχή των κάτω άκρων.

### 2. Ηλικία

Κατά κανόνα το κακόηθες μελάνωμα αφορά στις μεγάλες ηλικίες και μόνο επί εξαίτιας στις μικρές.

### 3. Φαινοτυπικοί Χαρακτήρες

Από πλευράς ενδογενών (συγγενών) παραγόντων, ενέχουν ιδιαίτερη σπουδαιότητα. Τύποι δέρματος I και II, δηλαδή άτομα με ξανθά μαλλιά, λευκό δέρμα και γαλανούς οφθαλμούς, με ολιγάριθμο πληθυσμό ενεργών μελανοκυττάρων και ελαττωμένη ικανότητα μελάνωσης είναι περισσότερο επιρρεπή στην επίδραση της ηλιακής ακτινοβολίας και στην ανάπτυξη κακοήθους μελανώματος. Τα άτομα αυτά από τα πρώιμα στάδια της ηλικίας τους εμφανίζουν εφηλίδες και παθαίνουν εύκολα ηλιακό έγκαυμα.

### 4. Πολιτισμικό – Μορφωτικό – Οικονομικό Status

Η πολιτισμική – οικονομική κατάσταση με βάση με βάση στατιστικές επιδημιολογικές παρατηρήσεις επηρεάζει τη συχνότητα του κακοήθους μελανώματος. Φαίνεται να υπάρχει σχέση μεταξύ των παραμέτρων: Συχνότητα κακοήθους μελανώματος αύξηση του χρόνου για άθληση και ταξίδια, υψηλό πολιτισμικό – μορφωτικό οικονομικό status και υψηλό επίπεδο μόρφωσης.

## 3.3.ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

1. Άτομα με κόκκινα ή ξανθά μαλλιά, γαλανά μάτια, λευκό δέρμα.
2. Άτομα που έχουν την τάση να βγάζουν φακίδες.
3. Άτομα που έχουν υποστεί σοβαρό ηλιακό έγκαυμα σε παιδική ηλικία.
4. Άτομα που στο ιστορικό τους αναφέρουν πολλά μπάνια στη θάλασσα.
5. Άτομα που καίγονται εύκολα στον ήλιο
6. Άτομα με ελιές (<50)<sup>34,35</sup>.

## ΕΝΟΤΗΤΑ 4

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Κατά την πρώτη επίσκεψη στον γιατρό, πρέπει να ληφθεί ιατρικό ιστορικό με ιδιαίτερη έμφαση σε τυχόν προηγούμενες δερματικές αλλοιώσεις, γενετικά νοσήματα και έκθεση σε ακτινοβολία ή χημικές καρκινογόνες ουσίες. Σε ό,τι αφορά το ιστορικό, πρέπει να διευκρινιστεί ο χρόνος που υπάρχει η συγκεκριμένη βλάβη και αν έχει αλλάξει χαρακτηριστικά.<sup>6</sup>

#### 4.1 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

1. Οι ακτινογραφίες όπως και οι αιματολογικές εξετάσεις συνήθως δεν είναι απαραίτητες κατά την πρώτη συνάντηση με τον γιατρό. Εν τούτοις χρειάζονται για να διαπιστωθούν σημεία οστικής καταστροφής, αν υπάρχουν ενδείξεις ότι η δερματική βλάβη συνεχεται στερεά με τον υποκείμενο ιστό ή προσβάλλει το οστόν.
2. Ακτινογραφίες θώρακος γίνονται μόνο όταν υπάρχουν προχωρημένοι καρκινικοί όγκοι ώστε να ελέγχονται οι πνευμονικές μεταστάσεις.

#### 4.2 ΒΙΟΨΙΑ

Για κάθε ύποπτη δερματική βλάβη πρέπει να διενεργείται βιοψία και το δείγμα να αποστέλλεται σε εξειδικευμένο παθολογοανατόμο. Το αποτέλεσμα της βιοψίας αποτελεί κριτήριο για την επιλογή της θεραπείας.

Για το δερματικό μελάνωμα ανάλογα με το μέγεθος και την εντόπιση της δερματικής βλάβης χρησιμοποιούνται τέσσερα είδη βιοψίας.

##### 1. Βιοψία με απόξεση

Κατά την βιοψία με απόξεση χρησιμοποιείται χειρουργικό νυστέρι και αφαιρείται λεπτό τμήμα από την ύποπτη περιοχή. Η τεχνική αυτή ενδείκνυται όταν οι βλάβες επεκτείνονται πέραν του δέρματος και το υποκείμενο δέρμα είναι λείο και κυρτό.

2. Βιοψία με βελόνα

Κατά την βιοψία με βελόνα χρησιμοποιείται ένα κυλινδρικό εργαλείο που περιστρέφεται μέσα στο δέρμα και αφαιρείται έτσι ένα ιστικό δείγμα κυλινδρικού σχήματος. Η μέθοδος η συγκεκριμένη ενδείκνυται όταν ο παθολογικός ιστός που χρειάζεται διάγνωση βρίσκεται σε βαθύτερα στρώματα.

3. Βιοψία με χειρουργική τομή

Κατά τη μέθοδο αυτή αφαιρείται τμήμα του όγκου με νυστέρι .

4. Συνολική χειρουργική βιοψία

Κατά τη βιοψία αυτή αφαιρείται ολόκληρη η βλάβη.<sup>6,36</sup>



## 4.3 ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΩΝ ΤΥΠΩΝ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟΥ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ

### 1. ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΦΑΚΙΩΣ

- Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά
  1. Συνήθως εντοπίζεται στο πρόσωπο ή στο λαιμό
  2. Συνηθέστερα σε ηλικιωμένους ασθενείς
  3. Παρουσιάζει βραδεία αρχική φάση οριζόντιας αύξησης
  4. Παρατηρούνται σημεία χρόνιας έκθεσης στον ήλιο
  5. Είναι εύκολα ορατό αλλά σπάνια διαγιγνώσκεται έγκαιρα
- Κλινικά Χαρακτηριστικά
  1. Η βλάβη εμφανίζεται στο πρόσωπο, συνήθως σε παρειά, μύτη, κρόταφο ή μέτωπο.
  2. Φαίνεται ως επίπεδη μελαγχρωματική βλάβη που αυξάνει σε μέγεθος.
  3. Τα χρώματα μέσα στη βλάβη ποικίλουν από το ελαφρά ηλιοκαμένο δέρμα ως το καστανό το μαύρο και σε μερικές περιπτώσεις περιέχονται κηλίδες από ερυθρό, κυανό, γκριζό, ή και λευκό.
  4. Το όριο είναι ανώμαλο με κομβώσεις ή οδοντώματα.
  5. Όταν πραγματοποιηθεί διείσδυση μέσα από τη βασική μεμβράνη προς το χόριο, ένα τμήμα της βλάβης παχύνεται και καταλήγει οζώδες.<sup>30</sup>

### 2. ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΚΑ ΕΠΕΚΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ( Superficial Spreading Malignant Melanoma)

- Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά
  1. Παρατηρείται σε νεαρές ενήλικες
  2. Υπερέχουν σε αριθμό οι γυναίκες
  3. Συνήθεις εντοπίσεις είναι η κνήμη για τις γυναίκες και ο κορμός για τους άνδρες
  4. Υπάρχουν ανωμαλίες στα όρια της βλάβης και την κατανομή των χρωστικών
  5. Σχηματίζεται βραδύτερα όζων.

- Κλινικά Χαρακτηριστικά

1. Η βλάβη εμφανίζεται ως επίπεδη μελαγχρωματική κηλίδα, η οποία καθίσταται ελαφρά ψηλαφητή.
2. Επεκτείνεται πλάγια και οριζόντια με ανώμαλα όρια, συχνά με κόμβωση και οδοντώματα και εμφανίζει ανομοιογενή κατανομή της χρωστικής και των χρωμάτων.
3. Παρατηρούνται διάφορες αποχρώσεις του καστανού που συχνά αναμειγνύεται με μαύρο καθώς και εστίες ερυθρού, κυανού και ιώδους.
4. Η πρόγνωση είναι εξαιρετική κατά τη φάση της οριζόντιας αύξησης, αλλά περιορίζεται με την βαθμιαία αύξηση του πάχους κατά Breslow καθώς η βλάβη παχύνεται και καθίσταται οζώδης.<sup>30</sup>

### 3. ΦΛΚΟΕΙΔΕΣ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ (παλάμη, πέλμα, βλεννογόνοι) (Acral lentiginous [palmar/plantar/mucosal] malignant melanoma)

- Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά

1. Παλάμη, πέλμα, βλεννογόνος ή υπονύχιο.
2. Συχνό σε Ασιάτες και Νέγρους.
3. Ανώμαλη, επίπεδη κηλίδα από χρωστική.
4. Πρώιμη ανάπτυξη οζώδους μεταβολής.

- Κλινικά Χαρακτηριστικά

Τα κλινικά χαρακτηριστικά αρχικά είναι όμοια με εκείνα της κακοήθους φακίδας, αλλά η διεύρυνση και ο σχηματισμός οζιδίου εμφανίζονται πρώιμα και κατά συνέπεια πρώιμες είναι και οι μεταστάσεις. Η βλάβη μπορεί να εμφανίζεται κάτω από νύχι, οπότε παρατηρείται συνήθως επίπεδη, ανώμαλη κηλίδα που επεκτείνεται στο γειτονικό δέρμα, που αρχίζει να παραμορφώνεται και να διασπά το νύχι καθώς το μελάνομα παχύνεται.<sup>30</sup>

### 4. ΟΖΩΔΕΣ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ (Nodular Malignant Melanoma)

- Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά

1. Συχνά αιμορραγεί.
2. Οζίδιο
3. Μπορεί να εμφανίζει εξέλκωση.
4. Κατά το πλείστον μαύρο, αλλά συχνά με μικρό λεπτό περιθώριο καστανής χροιάς.<sup>30</sup>

- **Κλινικά Χαρακτηριστικά**

Ο ασθενής αντιλαμβάνεται την ταχεία αύξηση της βλάβης και συχνά σχολιάζει το γεγονός ότι αιμορραγεί. Το κακόηθες μελάνωμα είναι που έχει τη μεγαλύτερη πιθανότητα να προκαλέσει αυτά τα συμπτώματα. Εμφανίζει υπέρταση, είναι οζώδες και στα τελικά του στάδια σε μερικές περιπτώσεις εξελκώνεται. Το περιφερικό όριο μπορεί ή δεν μπορεί να εμφανίζει ανωμαλίες. Μπορεί να είναι κατά το πλείστον μαύρο, με ελάχιστα καστανόχρωα στίγματα στην περιφέρεια. Μολαταύτα μπορεί να εμφανίζει ιώδη ή ερυθρό-καστανή χροιά, με πολύ μικρή αλλοίωση της χρωστικής αν και συνήθως παρατηρείται χαρακτηριστική περίμετρος από καστανή χροιά προς την μία πλευρά της βλάβης. Η διάγνωσή του με βεβαιότητα δεν είναι πάντοτε εύκολη.

#### 4.4 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σκοπός της διαφορικής διάγνωσης είναι να ξεχωρίσει τις κακοήθεις μελαγχρωματικές βλάβες από το μελάνωμα και τα πρόδρομα του. Εάν υπάρχει υπόνοια μελανώματος, όπως αναφέρθηκε ήδη, γίνεται βιοψία, καθώς είναι προτιμότερο να αφαιρούνται καλοήθεις δερματικές αλλοιώσεις παρά να παραμένει ένα μελάνωμα. Στη συνέχεια αναφέρονται τα χαρακτηριστικά των καλοηθών βλαβών που μπορεί να συγχέονται με μελανώματα.<sup>37</sup>

• **Κυανούς σπίλος:** περιγράφεται το χρώμα του ως μέταλλο όπλου ή βαθυγάλανο μπλε ή γκριζό. Οι μισοί από αυτούς αναπτύσσονται στη ράχη των χεριών ή των ποδιών. Οι βλάβες συνήθως είναι απλές, μικρές 3 cm ως 1 cm. Συχνά συγχέεται με το οζώδες μελάνωμα .

• **Σύνθετος σπίλος:** χαρακτηρίζεται ως στρογγυλός ή σχήματος ωοειδούς, καλά αφοριζόμενος με ομαλά όρια. Μπορεί να είναι θολοειδής ή θηλωματώδης. Το χρώμα του ποικίλει από σαρκώδες σε πολύ σκούρο καφέ ενώ μερικοί σπίλοι έχουν ομοιογένεια στο χρώμα.

• **Λιμαγγείωμα:** αναφέρονται σαν θολοειδείς, ερυθρωποί, μπλε όζοι. Η συμπίεση αυτών με μια γυάλινη αντικειμενοφόρο πλάκα προκαλεί την αλλαγή του χρώματος σε λευκόπο. Συγχέονται και αυτοί με το οζώδες μελάνωμα.

• **Σπίλος σε αρθρώσεις:** φέρονται ως επίπεδη, γυμνή υπεργυρόμενη, καφέ βλάβη με απότομα όρια. Παρατηρούνται δε μικρές μελαγχρωματικές στίξεις που διακρίνονται καλύτερα με μεγέθυνση.

• **Μικρός σπίλος (νεανικός – ηλιακός):** περιγράφεται ως επίπεδη ομοιόμορφη καφέ βλάβη με απότομα όρια. Οι σπίλοι που προέρχονται από την ηλιακή ακτινοβολία είναι επίκτητες βλάβες σε περιοχές που χρονίως εκτίθενται στον ήλιο (ράχη, χέρια, πρόσωπο). Οι βλάβες ξεκινούν από 2 mm έως 1 cm και έχουν δικτυωτή μελάγχρωση που διακρίνεται καλύτερα με τη μεγέθυνση.

• **Μελαγχρωματικό βασικό καρκίνωμα:** χαρακτηρίζεται από βλατιδώδη χείλη και πιθανή κεντρική εξέλκωση. Παρατηρείται σε ηλικιωμένους ασθενείς, με σκούρα καφέ ή μαύρα μαλλιά σε επιφάνεια του δέρματος που εκτίθεται στον ήλιο.

• **Μελαγχρωματικό ίνωμα του δέρματος:** αναφέρεται σαν βλάβη που δεν παρατηρείται με γυμνό μάτι, ενώ κατά την εξίσκηση πίεσης στα πλάγια φέρεται να κάμπτεται προς τα κάτω. Εμφανίζεται κυρίως στα άκρα και δεν υπερβαίνει τα 6 mm.

• **Σμηγματορροϊκή κεράτωση:** καταγράφεται ως ανώμαλη κηρώδη βλάβη με οξεία όρια σε χρώμα που κυμαίνεται από σαρκώδες προς το κιτρινόμαυρο έως σκοτεινό καφέ. Η παρουσία στοιχείων κερατίνης στην επιφάνεια υποβοηθάει στη διάκριση από το μελάνωμα.

• **Υπονόχιο αιμάτωμα:** χαρακτηρίζεται με χρωματισμό καφέ και ερυθρού και καθώς η βλάβη προχωρεί έξω από το έδαφος του όνυχος παρουσιάζει μια καμπυλοειδή καθαρή περιοχή.

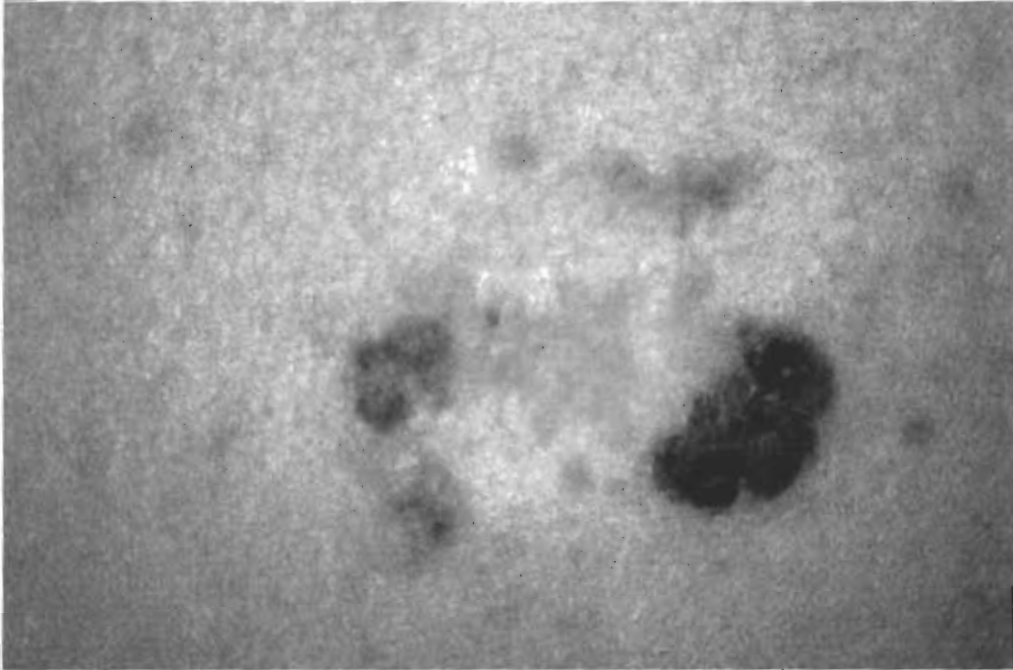
**Τραυματική ιατρική χρώση του δέρματος (τατουάζ):** περιγράφονται ως μικρές μελαγχρωματικές στίξεις, μπλε ή πράσινες, οι οποίες, κατατάσσονται σε ένα ορθογώνιο σχέδιο. Τα δε τραυματικά τατουάζ είναι ανώμαλα και οι χρωστικές μπορεί να φαίνονται μαύρες.<sup>32</sup>

#### 4.5 ΚΑΝΟΝΕΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ

Παρακάτω παραθέτονται τέσσερις απλοί κανόνες αναγνώρισης ενός μελανώματος ακόμα και από έναν μη ειδικό.

- ΚΑΝΟΝΑΣ ΠΡΩΤΟΣ:

Πολλές δερματικές αλλοιώσεις έχουν χρώμα και σχήμα.



*Εικόνα 4: Δερματικό μελάνωμα με εμφανή ανώμαλα όρια και χρώμα*

Χαρακτηριστικό του μελανώματος είναι το **ανώμαλο χρώμα και σχήμα**.

Παρατηρούμε στην εικόνα τα ακανόνιστα όρια της βλάβης αλλά και το ακανόνιστο χρωματισμό αυτής καθώς απεικονίζονται καφέ, μαύρες, λευκές αλλά και κόκκινες περιοχές.

- ΚΑΝΟΝΑΣ ΔΕΥΤΕΡΟΣ:

Πολλές δερματικές βλάβες αυξάνονται σε μέγεθος από τη στιγμή που θα εμφανιστούν.

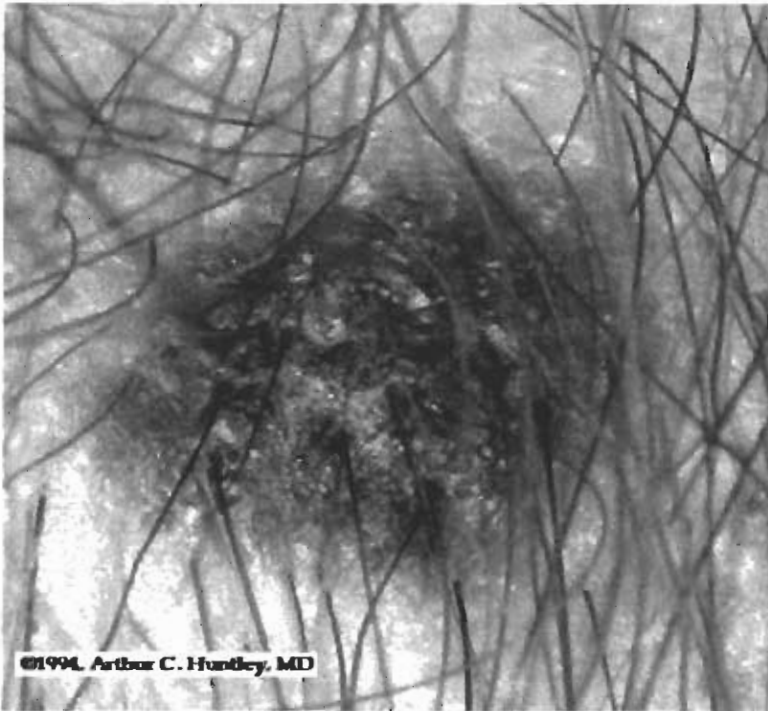


Χαρακτηριστικό του δερματικού μελανώματος είναι η **ανώμαλη αύξηση**. Παρατηρούμε στην εικόνα ότι η επιφάνεια της βλάβης είναι ακανόνιστη καθώς η μια πλευρά είναι επίπεδη ενώ η άλλη έχει εξελκωθεί. Επίσης παρατηρούμε την εμφανή έλλειψη συμμετρίας.

*Εικόνα 5: Δερματικό μελάνωμα με εμφανή εξέλκωση*

- **ΚΑΝΟΝΑΣ ΤΡΙΤΟΣ:**

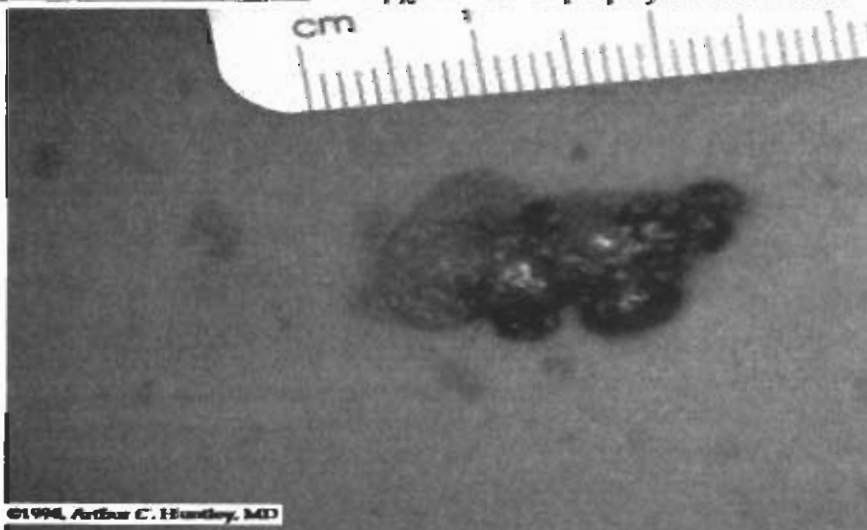
Όλοι οι άνθρωποι έχουν σπίλους. Επικίνδυνοι για εξαλλαγή τους σε μελάνωμα είναι αυτοί που εμφανίζονται σε **μεγάλη ηλικία**.



*Εικόνα 6: Δερματικό μελάνωμα εμφανιζόμενο σε μεγάλη ηλικία*

Η βλάβη που απεικονίζεται αναπτύχθηκε όταν ο ασθενής ήταν σε ηλικία 50 ετών. Φυσιολογικά οι σπίλοι αναπτύσσονται στην παιδική και την πρώιμη εφηβική ηλικία .

- **ΚΑΝΟΝΑΣ ΤΕΤΑΡΤΟΣ:** Υπάρχουν στο σώμα μας πολλοί σπίλοι



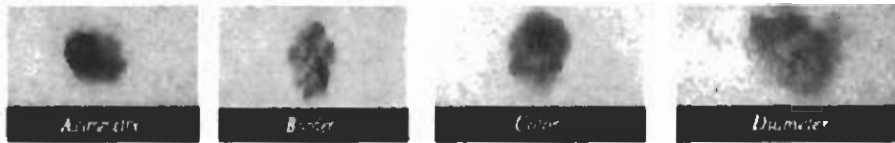
*Εικόνα 7 :Δερματικό μελάνωμα με εμφανές μεγάλο μέγεθος*

Επικίνδυνοι για εξαλλαγή σε μελάνωμα είναι αυτοί που έχουν **μεγάλο μέγεθος**. Διάμετρος μεγαλύτερη του 1 cm θεωρείται μη φυσιολογική. Στην εικόνα παρατηρούμε, πέραν του μεγέθους, το ανώμαλο σχήμα, χρώμα και την έλλειψη συμμετρίας.<sup>38</sup>

- **ΚΑΝΟΝΑΣ ABCD**

Για τη διάγνωση του πρώιμου μελάνωματος χρησιμοποιείται ο παρακάτω κανόνας που ονομάζεται ABCD και μεταφράζεται σε:

1. **Asymmetry**: ασυμμετρία στη βλάβη
2. **Border Irregularity**: ανώμαλα όρια
3. **Color Variegation**: έλλειψη ομοιομορφίας στο χρώμα της ελιάς
4. **Diameter**: μεγάλο μέγεθος που ξεπερνά τα 6 mm<sup>26,39</sup>



Εικόνα 8: Απεικόνιση του κανόνα ABCD

Εν κατακλείδι, παραθέεται ένας συνοπτικός οδηγός, αρκετά χρήσιμος για τους νοσηλευτές, κλινικούς και κοινοτικούς, όσον αφορά την αναγνώριση ενός ύποπτου σημείου στο δέρμα, που ενδέχεται να είναι και μελάνωμα .

- **Κύρια σημεία:**

1. μεταβολή στο μέγεθος
2. μεταβολή στο σχήμα
3. μεταβολή στο χρώμα

- **Δευτερεύοντα σημεία**

1. φλεγμονή
  2. κρούστα ή αιμορραγία
  3. αισθητικές μεταβολές
  4. διάμετρος μεγαλύτερη ή ίση με 7 mm<sup>40</sup>
- Εάν υπάρχουν ένα ή περισσότερα από τα κύρια σημεία, φροντίστε ώστε το άτομο να παραπεμφθεί σε ειδικό.
  - Εάν υπάρχουν επιπλέον ένα ή περισσότερα από τα δευτερεύοντα σημεία, αυξάνεται η πιθανότητα να πρόκειται για μελάνωμα, οπότε και σε αυτήν την περίπτωση γίνεται παραπομπή σε ειδικό.
  - Τέλος ακόμα και η ύπαρξη, τριών ή τεσσάρων δευτερευόντων σημείων χωρίς να συνυπάρχει κύριο, είναι ικανή να μας προτρέψει σε παραπομπή του ατόμου σε ειδικό επιστήμονα(4).

## 4.6 ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

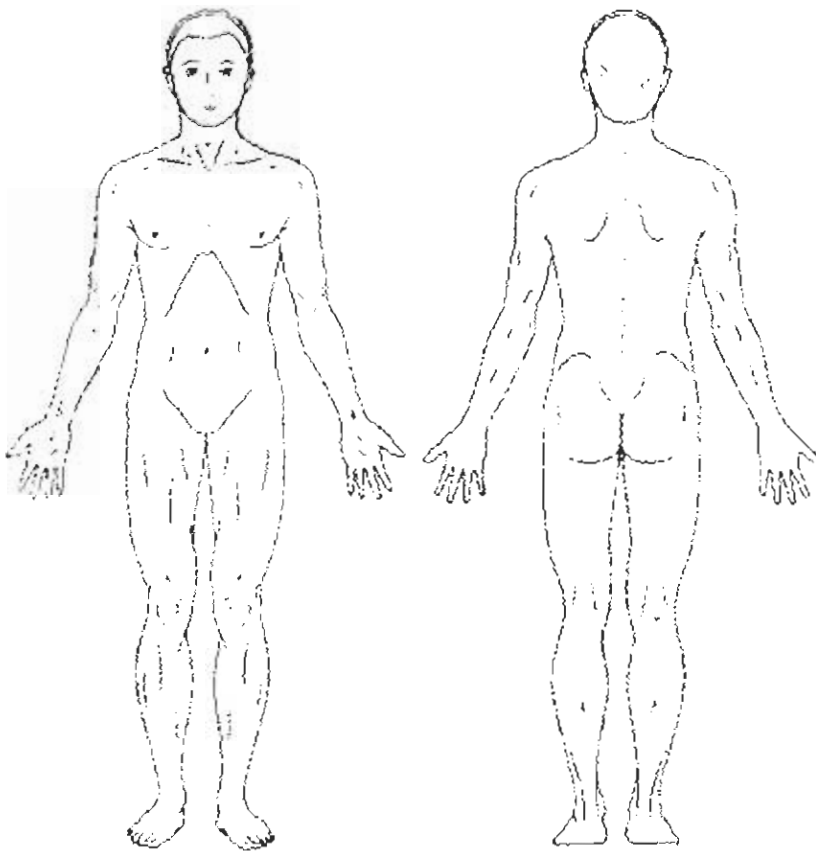
Όπως χαρακτηριστικά έχει πει ο Neville Davis «το δερματικό μελάνωμα, εν αντιθέσει με τα άλλα κακοήγη νεοπλάσματα, γράφει το μήνυμά του στο δέρμα με το δικό του μελάνι και είναι στο χέρι σου να το δεις και να το αναγνωρίσεις».

Η έγκαιρη διάγνωση του νεοπλάσματος αυτού συνίσταται τόσο στην εξέταση του δέρματος που γίνεται από τον γιατρό όσο και στην εξέταση που γίνεται από το ίδιο το άτομο, την λεγόμενη αυτοεξέταση δέρματος.

Ο εξοπλισμός που χρειάζεται ένας ειδικός για να κάνει την εξέταση δέρματος είναι απλά: ένα κρεβάτι εξέτασης, μια πηγή φωτός και ένα μεγεθυντικός φακός. Για να επιτύχει τη σωστή εξέταση δέρματος του κρανίου ίσως χρειαστεί ένα σεσουάρ.

Η διαδικασία είναι το ίδιο απλή: γίνεται προσεκτική εξέταση της "ύποπτης" περιοχής, σπίλοι εξετάζονται με ιδιαίτερη προσοχή και ακρίβεια και στη συνέχεια εκτιμούνται. Τη στιγμή δε που η βιοψία είναι πλέον μια διαδικασία απλή κάθε δερματικό σημάδι που κινεί υποψίες στον ειδικό πρέπει να στέλνεται για ιστολογική εξέταση.<sup>39, 41</sup>

Η διαδικασία της αυτοεξέτασης περιγράφεται διεξοδικά στη συνέχεια.



*Εικόνα 9: Η εξέταση δέρματος γίνεται προσεκτικά και σε όλη την επιφάνεια του δέρματος.*



## ΕΝΟΤΗΤΑ 5

### ΠΡΟΓΝΩΣΗ

#### 5.1 ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Γις τελευταίες δεκαετίες η πρόγνωση των ασθενών με μελάνωμα φαίνεται να έχει βελτιωθεί σημαντικά. Αυτό αποδίδεται στο γεγονός ότι η νόσος διαγιγνώσκεται και αντιμετωπίζεται όταν ακόμα βρίσκεται στα πρώιμα στάδια ανάπτυξής της. Αυτή η εξέλιξη αντανακλά την πρόοδο που έχει επιτευχθεί στην ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας και του πληθυσμού σχετικά με την έγκαιρη αναγνώριση των κλινικών χαρακτηριστικών του μελανώματος.<sup>1</sup>

Η κατάσταση των περιοχικών λεμφαδένων παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση. Οι ασθενείς, οι οποίοι δεν φέρουν μετάσταση στους περιοχικούς λεμφαδένες (κλινικό στάδιο 1), μη λαμβάνοντας υπόψη το βάθος του όγκου, μετά τη θεραπεία επιβιώνουν σε ποσοστό 75% για 5 χρόνια. Αυτοί που έχουν μετάσταση σε 1-3 λεμφαδένες, το ποσοστό είναι 55% και τέλος αυτοί με μετάσταση σε περισσότερους από τέσσερις λεμφαδένες το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης αγγίζει το 25%.

Όσον αφορά τα στάδια της νόσου, το στάδιο 1 και 2, μετά από θεραπεία δίνει τα εξής ποσοστά επιβίωσης: για περισσότερα από 5 χρόνια είναι 65% ενώ το 60% επιβιώνει περισσότερο από μια 10ετία. Αντίθετα στους ασθενείς του σταδίου 4 το ποσοστό της 5ετούς επιβίωσης δεν φθάνει ούτε το 1%.επιπλέον, αν μελετηθούν όλοι οι άρρωστοι με μελάνωμα, ανεξαρτήτου σταδίου, μετά τη θεραπεία, τότε αναμένεται να προκύψει 5ετής επιβίωση ποσοστού 40% και 10ετής ποσοστού 30%.<sup>3</sup>

Απ' την άλλη, χωρίς να ληφθεί υπόψη η κατάσταση των λεμφαδένων, η πρόγνωση του μελανώματος με βάθος διήθησης 1 και 2 ακόμα και 3 θεωρείται ικανοποιητική. Στους λεπτούς πάχους όγκους (<0.75mm) η πενταετής επιβίωση μετά από θεραπεία είναι 100%. Από την άλλη πλευρά, αυτοί που χαρακτηρίζονται με βάθος διήθησης 4 χωρίς ψηλαφητούς αδένες, κατά την πρώτη αξιολόγηση, έχουν κακή πρόγνωση. Ασθενείς με μεγαλύτερους όγκους των 3 mm εμφανίζουν ποσοστό 5ετής επιβίωσης μικρότερο του 30%.

*Πίνακας 3: Συσχέτιση πάχους-όγκου και πενταετούς επιβίωσης.<sup>3</sup>*

Πάχος όγκου (mm)	Ποσοστό πενταετούς επιβίωσης (%)
<0.76	96
0.76 1.49	87
1.50 2.49	75
2.50 3.99	66
<4.00	47

Η πρόγνωση των λεπτών μελανωμάτων είναι καλύτερη από αυτή των βλαβών με πάχος. Οι λεπτότερες βλάβες των 0,8 mm μπορεί να υποτροπιάσουν τοπικά ή να προξενήσουν μετάσταση. Επίσης, μελανώματα με μεγαλύτερο πάχος των 5,5 mm μπορεί να μην οδηγήσουν τον ασθενή στο θάνατο εντός του αναμενόμενου χρόνου. Εν ολίγοις, η μετάσταση και ο θάνατος από τα λεπτού πάχους μελανώματα είναι σπάνιοι αλλά αναφέρονται. Ως εκ τούτου οι ασθενείς με λεπτού πάχους μελανώματα, μετά τη θεραπεία, πρέπει να υπόκεινται σε στενή παρακολούθηση και πρέπει να υπάρχει εγρήγορση για τυχόν εμφάνιση αδενοπάθειας.

Οι περισσότεροι θάνατοι και οι υποτροπές, μετά τη θεραπεία του μελανώματος, καταγράφονται μέσα στη δεκαετία. Εν τούτοις μετά από μια θεωρούμενη επιτυχή θεραπεία μπορεί να εμφανιστούν υποτροπές και μετά από τα δέκα χρόνια. Ένα μέρος των ασθενών με αρχικά προβλεπόμενη καλή πρόγνωση, μετά από μακρά λανθάνουσα περίοδο μπορεί να εμφανίσει μεταστάσεις, οι οποίες χαρακτηρίζονται ως όψιμες υποτροπές. Αναφέρεται ότι μετά από καλή μεταθεραπευτική πορεία το ποσοστό υποτροπής είναι 10 με 25%. Ως εκ τούτου η 10ετής επιβίωση μετά τη θεραπεία δεν υποδηλώνει και την ίαση. Παρ' όλα αυτά, οι περισσότερες των όψιμων υποτροπών έχουν τοπικό - περιοχικό χαρακτήρα και ως εκ τούτου μετά την αντιμετώπιση αυτών των υποτροπών οι ασθενείς μπορεί να επιβιώσουν για αρκετό χρόνο. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι, οι ασθενείς μετά την πρώτη θεραπεία πρέπει να παρακολουθούνται ανελλιπώς και κατά καιρούς πρέπει να αξιολογείται η θέση της πρωτοπαθούς εστίας της βλάβης, καθώς και το περιοχικό τμήμα των λεμφαδένων. Η ακτινογραφία θώρακος και οι ηπατικές δοκιμασίες πρέπει να εκτελούνται κάθε χρόνο.<sup>3</sup>

Στο σημείο αυτό, αξίζει να γίνει λόγος για την καταγεγραμμένη απαισιοδοξία των θεραπόντων έναντι του διαγνωσμένου μελανώματος. Πράγματι, το μελάνωμα άπαξ και φθάσει σε ορισμένο βάθος και υπερβεί τους περιοχικούς λεμφαδένες αποτελεί έναν από τους όγκους με τη μεγαλύτερη διασπορά. Απ' την άλλη δεν πρέπει να λησμονείται ότι η αναγνώριση του μελανώματος, εάν γίνει σε ένα πρώιμο βιολογικό στάδιο και εάν αντιμετωπισθεί ορθά τότε η πρόγνωση του θεωρείται πολύ ικανοποιητική. Από στοιχεία της Αυστραλίας (Queensland) προκύπτει ότι το ποσοστό της 5ετούς επιβίωσης όλων των θεραπευμένων ασθενών με μελάνωμα είναι 80%. Στη χώρα αυτή όμως ο πληθυσμός είναι ενημερωμένος επί του θέματος και ως εκ τούτου επί μιας αλλαγής σε σπillo γνωρίζει καλά τον υφιστάμενο κίνδυνο και καταφεύγει στον γιατρό, πράγμα που δεν συμβαίνει στη χώρα μας. Και οι γιατροί όμως ευρίσκονται σε ετοιμότητα. Έτσι, όλα τα προαναφερόμενα οδηγούν στην έγκαιρη θεραπεία των μελανωμάτων. Εάν αυτό μπορεί να επιτευχθεί παντού, δηλαδή αν η θεραπεία των μελανωμάτων επιτελείται στη φάση, όπου δεν υπάρχει βαθιά διείσδυση του όγκου, τότε δε θα υφίσταται ο μεγάλος φόβος έναντι του μελανώματος και η απαισιοδοξία από την αντιμετώπισή του.

Ηλην του πάχους του όγκου, υπάρχουν και μερικοί προγνωστικοί κλινικοί και ιστολογικοί παράγοντες, από τους οποίους εξαρτάται η πρόγνωση και αξίζει να αναφερθούμε σε αυτούς. Ένας από αυτούς είναι η ανατομική περιοχή του μελανώματος. Υποστηρίζεται δε, ότι μελανώματα με το ίδιο πάχος έχουν χειρότερη πρόγνωση, όταν εντοπίζονται σε ορισμένες περιοχές του σώματος. Το θέμα, βέβαια, δεν παύει να είναι συζητήσιμο. Οι περιοχές αυτές είναι: το άνω τμήμα της ράχης (upper back), το οπίσθιο τμήμα του βραχίονα (posterior arm), ο τράχηλος (neck), το δέρμα της κεφαλής (scalp). Η συνένωση των πρώτων γραμμιάτων των περιοχών αυτών αποδίδει την περιοχή BANS (Back-Arm-Neck-Scalp). Υπάρχουν όμως και εκείνοι οι οποίοι ισχυρίζονται, ότι τα μελανώματα των προαναφερομένων περιοχών δεν έχουν διαφορετική πρόγνωση από αυτή των άλλων περιοχών. Συγκεκριμένα για την περιοχή του τριχωτού της κεφαλής, υπάρχει η σκέψη ότι ο κίνδυνος εξάπλωσης στην περιοχή αυτή ίσως οφείλεται στη σύνθετη λεμφική αποχέτευση, καθώς και στην πλούσια αγγείωσή του.

Η πρόγνωση του μελανώματος στους υπερήλικες είναι χειρότερη από αυτήν των νέων. Η πρόγνωση στις γυναίκες θεωρείται καλύτερη, σ' αυτό μπορεί να επηρεάζουν οι ορμόνες του φύλου. Υπάρχει ο ισχυρισμός ότι τα εμφανιζόμενα μελάνωματα κατά την εγκυμοσύνη έχουν χειρότερη πρόγνωση. Επ' αυτού, βέβαια, δεν υπάρχει ταυτότητα απόψεων. Το μελάνωμα εμφανίζεται σπανιότερα στα παιδιά σε αναλογία με τους ενήλικες. Το 2% μόνο των μελανωμάτων αφορά στα παιδιά. Υποστηρίζεται ότι, τα μελάνωματα της προεφηβικής ηλικίας εμφανίζονται με χειρότερη πρόγνωση.

Το μελάνωμα σπάνια μπορεί να εμφανιστεί ακόμα και στο έμβρυο. Περιγράφεται η παρουσία μελανώματος επί γιγαντιαίου συγγενούς μελανωματικού σπύλου στην ενδομήτρια ζωή του εμβρύου. Στον πλακούντα και στο σώμα του εμβρύου παρατηρήθηκαν διάσπαρτες μεταστάσεις και το νήπιο κατέληξε μόλις γεννήθηκε. Ο έλεγχος της μητέρας μετά παρέλευση οκτώ μηνών δεν απέδειξε την ύπαρξη όγκου.<sup>3</sup>

### Ιστολογικά ευρήματα κακής πρόγνωσης.

Αυτά είναι: Η υψηλού βαθμού μιτωτική δραστηριότητα, η μικροσκοπική ύπαρξη συνοδών όγκων (αυτοί εγκαθίσταται στο δικτυωτό χόριο ή στον υποδόριο ιστό ή αποτελούν φωλεές μεταξύ του κυρίως όγκου και του υγιούς ιστού, η διάμετρος αυτών είναι μεγαλύτερη του 0,05mm), η ύπαρξη φάσης καθέτου ανάπτυξης, η εξέλιξη, ο υψηλός προγνωστικός δείκτης ( αυτός προκύπτει από τον πολλαπλασιασμό των mm πάχους, με τον αριθμό των μιτώσεων ανά mm<sup>3</sup>). Από τα δεδομένα γίνεται κατανοητό ότι, η καταμέτρηση του «DNA aneuploidy» με την τεχνική της «Flow cytometry» μπορεί να έχει επίσης προγνωστική αξία. Το μελάνωμα του δέρματος σταδίου I και II συνοδεύεται σχεδόν πάντα με χρόνια φλεγμονή, η οποία περιέχει άφθονα λεμφοκύτταρα. Η φλεγμονή αυτή, έχει υποστηριχθεί ότι, είναι μια τοπική ανοσολογική αντίδραση έναντι του όγκου και ότι, ο βαθμός ύπαρξης της σχετίζεται με το χρόνο ζωής του αρρώστου. Μαζί με το λεμφοκυτταρικό διήθημα-φλεγμονή ανευρίσκονται και νεκρωμένα κύτταρα του όγκου. Η καταστροφή αυτή των κυττάρων του μελανώματος θεωρείται ότι, είναι συνέπεια της ύπαρξης της χρόνιας φλεγμονής. Από την ύπαρξη αυτής της λεμφοκυτταρικής διήθησης μπορεί να αναμένεται καλύτερη πρόγνωση των μελανωμάτων, τα οποία αναπτύσσονται εν πολλοίς κατά την κάθετη φορά. Παρ' όλα ταύτα οι υπάρχουσες ανακοινώσεις δεν ταυτίζονται μεταξύ τους.

Η πολλαπλή εμφάνιση του μελανώματος του δέρματος αποτελεί από μόνη της ένα βιολογικό φαινόμενο. Ένα δεύτερο μελάνωμα πρέπει να θεραπεύεται όπως το πρωτοπαθές. Δεν είναι δύσκολο να διακριθεί ένα πρωτοπαθές από έναν δευτεροπαθή μεταστατικό όζο. Οι περισσότερες των δερματικών μεταστάσεων εγκαθίσταται στο δικτυωτό χόριο. Αυτές κλινικά εμφανίζονται σαν κηλίδες, βλατίδες ή οξίδια μικρού ή μεσαίου μεγέθους, χρώματος καστανού- μαύρου. Οι μεταστάσεις του δέρματος τις περισσότερες φορές είναι πολλαπλές και ανευρίσκονται εντός της περιοχικής λεμφικής α αποχέτευσης, της πρωτοπαθούς βλάβης. Μερικές μεταστατικές βλάβες εγκαθίστανται βαθιά εντός του χορίου και δεν επιφέρουν αλλαγή στο υποκείμενο δέρμα και μπορεί να εμφανιστούν σαν μικρά ελαστικά οξίδια. Ο παθολογοανατόμος αυτά τα αναγνωρίζει εύκολα. Τα τελευταία χρόνια αναφέρονται δερματικές μεταστάσεις, οι οποίες εμφανίζουν επιδερμοτροπισμό και δραστηριότητα στην περιοχή επιδερμίδας χορίου, ( junctional activity ) Από τέτοιου είδους μεταστάσεις το μελάνωμα προέκυψε μια σειρά ιστολογικών κριτηρίων. Παρ' όλα ταύτα η κλινική βοήθεια για την σωστή προσέγγιση της διάγνωσης είναι σημαντική.

Προτού τεθεί η διάγνωση του πολλαπλού μελανώματος πρέπει να αποκλείεται η περίπτωση του μεταστατικού μελανώματος. Η πιθανότητα εμφάνισης ενός δευτέρου μελανώματος, στον άρρωστο με ιστορικό πρώτου μελανώματος, είναι αυξημένη. Ένεκα τούτου, η παρακολούθηση μετά τη θεραπεία πρέπει να αφορά στην ολότητα του δέρματος του ασθενούς. Επίσης, στο οικογενές μελάνωμα η πιθανότητα πρωτοπαθούς

πολλαπλότητας είναι μεγάλη. Κάθε εμφάνιση νέου μελανώματος πρέπει να αντιμετωπίζεται, όπως η πρώτη βλάβη.

Οι ασθενείς με διάγνωση μελανώματος, πλην του δέρματος, εμφανίζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα κακοήθεια άλλων ιστών. Αναφέρεται ότι, το ποσοστό μιας δεύτερης κακοήθειας στους ασθενείς με μελάνωμα είναι 8.1%. Ο δεύτερος σε συχνότητα εμφανιζόμενος κακοήθης όγκος είναι το λέμφωμα. Η εμφάνιση λεμφώματος σε αυτούς με μελάνωμα, σε σύγκριση με το λοιπό πληθυσμό, είναι συχνότερη κατά 16 φορές. Στην κλινική πράξη το σημείο αυτό είναι σημαντικό και πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν επί μελανώματος, όπου η εμφάνιση λεμφαδενοπάθειας παρατηρείται μακράν της περιοχικής λεμφαγγειακής αποχέτευσης του.

Ένα μεγάλο μέρος των υποτροπών ενός εξαιρεθέντος μελανώματος εμφανίζεται με νέα συμπτώματα και κλινικά ευρήματα. Οι μεν τοπικές υποτροπές και οι μεταφερόμενες μεταστάσεις πρέπει να αντιμετωπίζονται με εκτεταμένη εκτομή, η δε λεμφαδεκτομή, επί εμφάνισης ψηλαφητών περιοχικών λεμφαδένων, μερικές φορές ενέχουν σωτήριο χαρακτήρα. Η θεραπεία των μακρινών μεταστάσεων, επί του παρόντος τουλάχιστον είναι ανέφικτη και αναποτελεσματική. Ως εκ τούτου η οφέλεια των απεικονιστικών και των βιοχημικών μεθόδων ρουτίνας είναι αμφισβητήσιμη. Γίνονται μελέτες αξιολόγησης των μεταβολιτών, που είναι σχετικοί με τη μελανίνη, ώστε αυτοί να καταστούν δείκτες εξέλιξης του μελανώματος. Οι εργασίες αυτές στρέφονται προς την κατεύθυνση έγκαιρης διάγνωσης των μεταστάσεων. Τα επίπεδα 5-S-CD του ορού, αντανακλούν καλύτερα την εξέλιξη του μελανώματος, από αυτά των ούρων. Ο δείκτης αυτός, μαζί με τις κλινικές και εργαστηριακές δοκιμασίες ρουτίνας, αποτελούν τρόπο παρακολούθησης των ασθενών με υποψία μετάστασης από το μελάνωμα.<sup>3</sup>

## 5.2 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

Παρακάτω παραθέτονται συνοπτικά οι προγνωστικοί δείκτες σε συγκεντρωτική μορφή:

1. Φύλο: Οι γυναίκες έχουν γενικά καλύτερη επιβίωση απ' ότι οι άνδρες.
2. Ευτόπιση: Τα κάτω άκρα έχουν καλύτερη πρόγνωση ενώ το τριχωτό της κεφαλής, ο τράχηλος και ο κορμός χαρακτηρίζονται με κακή πρόγνωση
3. Ηλικία: Οι ηλικιωμένοι ασθενείς παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης.
4. Επίπεδο διήθησης του δέρματος: Όσο βαθύτερα εισχωρήσει το μελάνωμα τόσο μικρότερη είναι η επιβίωση των ασθενών
5. Το πάχος της πρωτοπαθούς εστίας: Όσο παχύτερο είναι το μελάνωμα τόσο μειώνεται η επιβίωση των ασθενών
6. Ιστολογικός τύπος: Τα Lentigo κακοήθη και επιπολής επεκτεινόμενα έχουν καλύτερη πρόγνωση απ' αυτή που εμφανίζουν τα μελανώματα των άκρων
7. Υπαρξη εξέλκωσης: Η κλινικά ή ιστολογικά διαπιστούμενη ύπαρξη εξέλκωσης στην επιφάνεια της πρωτοπαθούς εστίας που δημιουργείται από νέκρωση της επιδερμίδας, αποτελεί γενικά ένδειξη κακής πρόγνωσης.

8. Μιτωτική δραστηριότητα και προγνωστικός δείκτης: Ο αριθμός των μιτώσεων ανά mm<sup>2</sup> ή ανά ένα ή δέκα οπτικά πεδία καταγράφεται σαν μιτωτική δραστηριότητα της βλάβης και φαίνεται πως συνδέεται με την πρόγνωση καθώς διαπιστώθηκε πως ο αυξημένος αριθμός μιτώσεων συνοδεύεται από επιδείνωση της νόσου
9. Προέλευση από προϋπάρχοντα σπίλο: Στους ασθενείς στους οποίους τα μελάνωματα εμφανίστηκαν σε σημεία όπου προθύστερα δεν υπήρχαν σπίλοι παρουσιάστηκε χειρότερη επιβίωση από την αντίστοιχη που εμφάνισαν αυτοί στους οποίους το μελάνωμα προήλθε από προϋπάρχοντα σπίλο.
10. Το είδος των κυττάρων: Μελέτες έδειξαν πως το είδος των κυττάρων που επικρατούν στην πρωτοπαθή εστία φαίνεται να έχει προγνωστική σημασία. Επειδή όμως δεν υπήρξαν άλλες έρευνες που να επαληθεύουν το αποτέλεσμα δεν αξιολογείται σαν σημαντική
11. Βαθμός διαφοροποίησης: Ο βαθμός διαφοροποίησης φαίνεται να επηρεάζει την πρόγνωση αλλά δε χρησιμοποιείται ευρέως ως προγνωστικός δείκτης
12. Βαθμός μελάγχρωσης: Η μελάγχρωση της πρωτοπαθούς εστίας οφείλεται στην παρουσία μελανίνης στο κυτταρόπλασμα των μελανοκυττάρων. Τα αχρωστικά μελάνωματα που χαρακτηρίζονται από την έλλειψη μελανίνης έχουν χειρότερη πρόγνωση
13. Φλεγμονώδης αντίδραση: Η ένταση της φλεγμονώδους αντίδρασης γύρω από την πρωτοπαθή εστία αποτελεί αμφιλεγόμενο προγνωστικό δείκτη καθώς πολλοί υποστηρίζουν ότι δεν αποτελεί καλό και εύχρηστο δείκτη
14. Αγγειακή διήθηση: Η ύπαρξη και η ένταση της διήθησης του όγκου κυρίως στη βάση του από αιμοφόρα αγγεία φάνηκε να επηρεάζει την πρόγνωση των ασθενών με μελάνωμα. Όσο πιο έντονη είναι αυτή, τόσο χειρότερη είναι η πρόγνωση
15. Υπαρξη μικροδορυφορικών εστιών: Η συνύπαρξη γύρω από την πρωτοπαθή εστία οξείων που χωρίζονται από αυτή με νησίδες υγιούς ιστού φαίνεται να επηρεάζει δυσμενώς την πρόγνωση.<sup>1,42,43</sup>

Όπως για το CA του παχέος εντέρου και του ήπατος, έτσι έχουν γίνει προσπάθειες να προσδιοριστούν και για το μελάνωμα βιολογικοί δείκτες, η ανίχνευση των οποίων στον ορό θα μπορούσε να συμβάλει στην πρόωπη διάγνωση της νόσου αλλά και στον προσδιορισμό της πρόγνωσης της ασθένειας.

Μέχρι σήμερα έχουν μελετηθεί οι παρακάτω δείκτες:

#### 1. Η ειδική του νευρώνος ενολάση (NSE Neurospecific Enolase)

Το ότι το μελάνωμα προέρχεται από ντοπαμινοθετικά μελανοκύτταρα του δέρματος και των βλεννογόνων έκανε την NSE ελκυστική ως πιθανό δείκτη. Πρόκειται για λιπίδιο που απελευθερώνεται από την κυτταρική μεμβράνη των μελανωματικών κυττάρων. Η NSE όμως δεν μπορεί να αναγνωρίσει μερικά φορτία νεοπλάσματος ακόμη και όταν η νόσος είναι κλινικώς εμφανής. Η χρήση της έχει σχεδόν εγκαταλειφθεί.

#### 2. Σιελικό οξύ συνδεδεμένο με λιπίδια (L.A.S.A, P Lipid- associated sialic acid)

Για συμπλέγματα σιελικού οξέος - γλυκολιπιδίων παίζουν σημαντικό ρόλο στις λειτουργίες της κυτταρικής μεμβράνης και ο μεταβολισμός τους αλλάζει στο νεοπλασματικό κύτταρο. Συμπλέγματα σιελικού οξέος απελευθερώνονται στην κυκλοφορία και μπορούν να ανιχνευθούν. Θεωρείται χρήσιμος δείκτης και έχει κλινική εφαρμογή.

### 3. Άλλοι μοριακοί δείκτες

Έχουν χρησιμοποιηθεί ως βιολογικοί δείκτες του μελανώματος η τυροσινάση, το MAGI-3 ή Muc-18 ή p97 χωρίς ιδιαίτερη ευαισθησία στην ανίχνευση κυκλοφορούντων μελανωματικών κυττάρων. Η ανίχνευση του mRNA της τυροσινάσης με την τεχνική της ανάστροφης μεταγραφάσης της αλυσωτής αντίδρασης της πολυμεράσης δεν είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Έτσι η διαγνωστική τους αξία είναι περιορισμένη.<sup>58</sup>

## ΕΝΟΤΗΤΑ 6

### ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πολυπλοκότητα και τα αμέτρητα αναπάντητα ερωτήματα που σκιαγραφούν το μελάνωμα επιβάλλουν επιστημονική, κοινωνική και πολιτική εγρήγορση. Το μελάνωμα παραμένει ένα τεράστιο πρόβλημα υγείας που φαίνεται να συνεχίζει να προβάλλει σημαντικές προκλήσεις για τους επιστήμονες υγείας. Παρά την πρόσφατη ανακοίνωση των ενθαρρυντικών αποτελεσμάτων του τμήματος επιδημιολογίας της Αμερικάνικης αντικαρκινικής εταιρείας για τη μείωση του αριθμού των θανάτων από μελάνωμα στις ΗΠΑ και την αύξηση της 5ετούς επιβίωσης των ασθενών και τις προσδοκίες της Ευρωπαϊκής κοινότητας, είναι παγκόσμια αποδεκτό ότι η μείωση του ρυθμού θνητότητας από μελάνωμα είναι πολύ χαμηλότερη από την αναμενόμενη.

Σύμφωνα με πρόσφατη έκθεση του Π.Ο.Υ μέχρι το 2020 ο αριθμός των νέων κρουσμάτων μελανώματος θα αυξηθεί. Η δυσάρεστη αυτή πραγματικότητα υπογραμμίζει την ανάγκη για λήψη προληπτικών μέτρων που θα ενισχύσουν την μάχη κατά του μελανώματος και θα καθιστούν τους πολίτες ενεργούς εταίρους στην προσπάθεια αυτή.<sup>44</sup>

#### 5.1 ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΔΙΕΘΝΩΣ

Επιστημονικές μελέτες για την πρόληψη του δερματικού μελανώματος έχουν γίνει εμπειριστατωμένα στις Σκανδιναβικές χώρες και στην Αυστραλία. Η κυριότερη όμως πηγή πληροφοριών για τη νοσηρότητα, θνησιμότητα και το ρόλο της μαζικής προληπτικής εξέτασης είναι οι Η.Π.Α.. Η πρώτη εργασία για μαζική προληπτική εξέταση πληθυσμού ανακοινώθηκε το 1971 από τον Weavy, ο οποίος ήταν ο πρώτος που χαρακτήρισε τη μαζική εξέταση εφικτή και ανέξοδη. Πολλοί άλλοι ερευνητές έχουν δημοσιεύσει μελέτες για τη θετική προσφορά της μαζικής προληπτικής εξέτασης. Οι μεγαλύτερες καμπάνιες έχουν πραγματοποιηθεί από την Αμερικάνικη Ακαδημία Δερματολογίας, η οποία ξεκίνησε το 1985 ως National Melanoma/ Skin Cancer Prevention Campaign.

Στην **Νέα Ζηλανδία**, αντικαρκινική εταιρεία χρηματοδότησε ένα πρόγραμμα για τον έλεγχο του δέρματος, που παρακολούθησαν περισσότεροι από 12.000 άνθρωποι μεταξύ 1988 και 1989. Αρκετά άρθρα έχουν δημοσιευθεί σχετικά με το μελάνωμα αλλά καμία προσπάθεια δεν έχει γίνει που να αφορά την πρόληψη.

**Στην Αυστραλία**, οι καμπάνιες των μέσων μαζικής ενημέρωσης αποτελούν σύμμαχο της κρατικής προσπάθειας για την πρόληψη. Ένα τηλεοπτικό πρόγραμμα, σε εθνικό δίκτυο, "Goodbye sunshine" φαίνεται να επηρέασε την έγκαιρη διάγνωση του μελανώματος. Το πρόγραμμα αυτό, το οποίο αποτελείται από τρία μέρη και είχε ως πρωταγωνιστή έναν ασθενή που έπασχε από μελάνωμα και τελικά πέθανε, είχε ως αποτέλεσμα να διαγνωσθούν πολλές περιπτώσεις μελανώματος.

**Στο Ηνωμένο Βασίλειο**, πραγματοποιήθηκαν καμπάνιες, οι οποίες διεξάγονταν μέσω φυλλάδιων, αφισών και από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Οι υπεύθυνοι του προγράμματος έστειλαν στους επιστήμονες υγείας της δυτικής Σκωτίας ενημερωτικά φυλλάδια και το αξιοσημείωτο είναι ότι η θνησιμότητα στο γυναικείο πληθυσμό μειώθηκε μετά την ολοκλήρωση των προληπτικών προγραμμάτων.

**Στην Αυστρία** το πρώτο πρόγραμμα πρόληψης του μελανώματος έγινε το 1988 και συμπεριλάμβανε έντυπο ενημερωτικό υλικό, το οποίο διανεμήθηκε σε χειρουργούς, δερματολόγους και άλλους επιστήμονες υγείας αλλά και στο κοινό. Το πρόγραμμα αυτό επέφερε καρπούς καθώς μειώθηκε η νοσηρότητα τη χρονιά αυτή αλλά αυξήθηκε τις επόμενες χρονιές.

**Στην Ιταλία** η πρώτη προσπάθεια πρόληψης πραγματοποιήθηκε το 1971 και 1981, στο Trentino. Η συγκεκριμένη καμπάνια εμπειρείχε την εκπαίδευση δερματολόγων και άλλων επιστημόνων υγείας καθώς και του κοινού. Με το πέρασμα του χρόνου παρατηρήθηκε μείωση της θνησιμότητας στην περιοχή του Trentino συγκριτικά με τις γύρω περιοχές.

**Στην Ελβετία** ξεκίνησε ένα πρόγραμμα επιδημιολογικής αξιολόγησης των Ελβετικών καμπανιών που αποτελείται από ένα εθνικό ενημερωτικό πρόγραμμα το 1988 και ακολούθησε ένα δεύτερο το 1989. Ο αριθμός των νέων περιπτώσεων αυξήθηκε παραπάνω από το διπλάσιο στους δύο μήνες που ακολούθησαν την έναρξη της πρώτης καμπάνιας, ακολούθησε όμως μείωση. Παρατηρήθηκε μια αύξηση των περιπτώσεων στις νεότερες ηλικίες.

**Στην Ολλανδία** πραγματοποιήθηκαν καμπάνιες εκπαίδευσης του κοινού το 1989 και 1990. Το 1989 το πρόγραμμα πληθυσμιακού ελέγχου για την πρόληψη του καρκίνου του δέρματος οργανώθηκε σε μία παραλία δυτικά της Ολλανδίας χρησιμοποιώντας ένα τροχόσπιτο. Μεταξύ των ατόμων που εξετάστηκαν λίγοι ήταν αυτοί που είχαν ύποπτα για εξαλλαγή σε μελάνωμα σημεία και σε ακόμα λιγότερους διαγνώστηκε μελάνωμα.<sup>45</sup>

## 6.2 ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν συγκεντρωμένα στοιχεία για το Δερματικό Μελάνωμα σε εθνικό επίπεδο ώστε να μπορούμε να τα συγκρίνουμε με τα διεθνή δεδομένα. Στις αρχές της δεκαετίας του '80 έγινε μια καμπάνια ενημέρωσης κυρίως με αφίσες στα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αύξηση της ευαισθητοποίησης για τις βλαπτικές συνέπειες της ηλιακής ακτινοβολίας με έκδοση ενημερωτικών δελτίων ηλιοθεραπείας κατά τους θερινούς μήνες χωρίς όμως η συσχέτισή τους να τονίζεται αρκετά.<sup>46</sup>



## 5.3 ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΛΙΑΚΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Έναντι της υπερϊώδους ακτινοβολίας μπορούμε να παίρνουμε τα εξής προφυλακτικά μέτρα:

### 1. Περιορισμός της έκθεσης στον έντονο ήλιο

Η υπερβολική έκθεση στον ήλιο είναι αναγνωρισμένος κίνδυνος εμφάνισης μελάνωματος. Η μείωση της έκθεσης στον ήλιο πρέπει να φτάνει μέχρι σημείου αποφυγής πρόκλησης ηλιακών εγκαυμάτων. Ο χρόνος παραμονής στον ήλιο πρέπει να περιορίζεται στις ώρες μεταξύ 10:00~16:00, ιδίως τους θερινούς μήνες.

### 2. Χρήση αντηλιακών

Συνίσταται η χρήση αντηλιακού με δείκτη προστασίας τουλάχιστον 15 ανάλογα με τον τύπο δέρματος (πίνακας 4). Τα αντηλιακά γενικά χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, τα φυσικά και τα χημικά. Τα φυσικά αντανακλούν τις υπερϊώδεις ακτινοβολίες μακριά από το δέρμα και θεωρείται ότι προσφέρουν καλή προστασία. Η δεύτερη κατηγορία αντηλιακών, που είναι και η πιο ευρέως διαδεδομένη είναι αυτή των χημικών, που προσφέρουν προστασία απορροφώντας τις υπερϊώδεις ακτινοβολίες. Το αντηλιακό σκεύασμα πρέπει να χρησιμοποιείται μισή ώρα πριν την έκθεση στον ήλιο και να επαναλαμβάνονται οι επαλείψεις τουλάχιστον κάθε 2 ώρες, καθώς και όταν ιδρώνουμε ή κολυμπάμε. Η συστηματική χρήση αντηλιακών με δείκτη προστασίας 15 κατά τα πρώτα 18 χρόνια της ζωής είναι δυνατό να ελαττώσει την πιθανότητα ανάπτυξης δερματικού καρκίνου κατά 78%. Ένα σοβαρό ηλιακό έγκαυμα της παιδικής ή εφηβικής ηλικίας διπλασιάζει την πιθανότητα να αναπτυχθεί δερματικό μελάνωμα. Επομένως η χρήση αντηλιακού επιβάλλεται να ξεκινά από την παιδική ηλικία. Τα αντηλιακά σκεύασματα λειτουργούν απορροφητικά ως προς το υπερϊώδες φως μήκους κύματος B και προφυλάσσουν έτσι από τη διείσδυσή τους στο δέρμα. Κριτήριο επιλογής αγοράς ενός αντηλιακού και κατά πόσο αυτό προστατεύει από την ακτινοβολία A. Ο βαθμός ηλιακής προστασίας υποδηλώνει το χρόνο που μπορεί κάποιος να εκτεθεί στον ήλιο πριν το δέρμα του ροδίσει ή κοκκινίσει. Για παράδειγμα, αν το αντηλιακό σκεύασμα φέρει την ένδειξη 15, το άτομο μπορεί να εκτεθεί στον ήλιο 15 φορές περισσότερο χωρίς να κοκκινίσει το δέρμα του (πίνακας 5). Χρήση αντηλιακού προτείνεται ακόμα και όταν βρίσκεστε σε μεγάλο υψόμετρο και σε μια συνεφιασμένη ή βροχερή μέρα.<sup>6,20,47,48,49,50,51,52</sup>

Τύπος 1:	Λευκό δέρμα που ποτέ δεν αποκτά χρώμα αλλά πάντα υφίσταται ηλιακά εγκαύματα
Τύπος 2:	Λευκό δέρμα που στην αρχή υφίσταται ηλιακά εγκαύματα αλλά κατόπιν μαυρίζει με δυσκολία
Τύπος 3:	Λευκό δέρμα που αποκτά εύκολα χρώμα και σπανίως υφίσταται ηλιακά εγκαύματα
Τύπος 4:	Λευκό δέρμα που ποτέ δεν υφίσταται ηλιακά εγκαύματα και πάντα αποκτά χρώμα
Τύπος 5:	Καστανό δέρμα, π.χ.: των Ινδών
Τύπος 6:	Μαύρο δέρμα των Αφρικανών ή των κατοίκων της Καραϊβικής

Πίνακας 4: Τύποι δέρματος<sup>53</sup>

Δείκτης Προστασίας	% μείωση της UVA ανάλογα με το δείκτη προστασίας
2	50
4	75
8	87,5
16	93,75
32	96,88
64	98,44

Πίνακας 5: οι δείκτες προστασίας του αντηλιακού σε σχέση με την προστασία που παρέχουν

Στον παρακάτω πίνακα παραθέτονται ορισμένα κριτήρια για την σωστή επιλογή αντηλιακού καθώς πολλές φορές είτε από έλλειψη ενημέρωσης είτε για αισθητικούς λόγους εκθέτουμε τόσο τους εαυτούς μας όσο και τα παιδιά μας σε κινδύνους.

Κριτήριο πρώτο	Όσο πιο ανοιχτόχρωμο είναι το δέρμα τόσο υψηλότερο δείκτη προστασίας χρειάζεται
Κριτήριο δεύτερο	Τα πολύ ανοιχτόχρωμα δέρματα χρειάζονται αντηλιακό με δείκτη προστασίας μεγαλύτερο του 5
Κριτήριο τρίτο	Τα παιδιά πρέπει να φορούν αντηλιακό με δείκτη προστασίας μεγαλύτερο του 15

Πίνακας 6: Κριτήρια επιλογής αντηλιακού <sup>54</sup>

### 3. Χρησιμοποίηση προστατευτικών ενδυμάτων

Όσοι εργάζονται σε εξωτερικούς χώρους και γενικότερα κάθε άτομο που εκτίθεται στον ήλιο πρέπει να φορούν ρούχα που προστατεύουν το δέρμα τους, όπως μπλούζες με μακριά μανίκια, καπέλα και γυαλιά ηλίου. Πιο συγκεκριμένα συνιστώνται εφαρμοστά υφάσματα για μεγαλύτερη προστασία από τις ακτίνες του ήλιου, η οποία εξαρτάται και από το υλικό που είναι κατασκευασμένο το ρούχο. Μια λεπτή βαμβακερή μπλούζα έχει δείκτη προστασίας μεγαλύτερο του 10. Το ακρυλικό ύφασμα έχει δείκτη προστασίας μεγαλύτερο του 5 ενώ το μετάξι έχει δείκτη μεγαλύτερο του 15.<sup>6,20,50,55</sup>

### 4. Αποφυγή τεχνητού μαυρίσματος

Οι κατασκευαστές θαλάμιων τεχνητού μαυρίσματος υποστηρίζουν ότι με τη χρήση UVA (υπεριώδης ακτινοβολία τύπου α ) επιτυγχάνεται ασφαλές μαύρισμα. Εν τούτοις το μαύρισμα που αποκτάτε μέσω τεχνητών πηγών ηλιακής ακτινοβολίας κάθε άλλο από ασφαλές είναι. Το τεχνητό μαύρισμα μπορεί να προκαλέσει από φωτογήρανση, ξηρότητα, μελαγχρωματικές αλλαγές ως και καρκίνο του δέρματος. Λέγισιμειωτο είναι το γεγονός ότι η UVA χρησιμοποιείται για την πρόκληση καρκίνου σε ποντικούς.<sup>6,50</sup>

## 6.4 ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Ο δερματικός καρκίνος είναι ο πιο κοινός από όλους τους καρκίνους και ταυτόχρονα ο πιο εύκολος να θεραπευθεί, εάν διαγνωσθεί και αντιμετωπισθεί έγκαιρα. Παρ' όλα αυτά αν αναπτυχθεί μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στο θάνατο. Με βάση τα παραπάνω η αυτοεξέταση του δέρματος παίζει πρωταρχικό ρόλο στην έγκαιρη προσέλευση του ατόμου σε έναν ειδικό. Πολλοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η αυτοεξέταση πρέπει να αρχίζει στα 25 χρόνια και να διαρκεί ισοβίως. Θα πρέπει να γίνεται κάθε τρεις μήνες και η χρονική του διάρκεια δεν ξεπερνά τα τρία λεπτά. Η αυτοεξέταση δέρματος είναι απαραίτητο να πραγματοποιείται από όλο τον πληθυσμό. Άτομα με αυξημένο κίνδυνο για δερματικές κακοήθειες είναι τα πρώτα που χρειάζονται προληπτική εξέταση. Ως τέτοια αναφέρονται άτομα με :

- Αυσπλιστικούς σπίλους
- Βεβρημένο οικογενειακό ιστορικό
- Ανοιχτού χρώματος δέρμα
- Γνωστή ή αίσθηση στα ηλιακά εγκαύματα
- Αλλαγές σε προϋπάρχοντες σπίλους

Με την αυτοεξέταση, ο ασθενής αναλαμβάνει μερική από την ευθύνη για την έγκαιρη αναγνώριση του μελανώματος τη στιγμή που είναι θεραπεύσιμο. Η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται μπροστά στον καθρέπτη που καλύπτει ολόκληρο το σώμα του ατόμου, να υπάρχει ένα σεσουάρ, δύο καρέκλες, σε ένα καλά φωτισμένο δωμάτιο και το άτομο να είναι τελείως γυμνό.

Κατά την πρώτη αυτοεξέταση το άτομο πρέπει να ξοδεύει αρκετό χρόνο εξετάζοντας προσεκτικά ολόκληρη την επιφάνεια του δέρματος του. Τις επόμενες φορές απαιτείται λιγότερος χρόνος. Για να εξετάσει δύσκολες περιοχές του σώματος όπως, η πλάτη, το κεφάλι, ίσως το άτομο χρειαστεί τη βοήθεια ενός συγγενή, ενός φίλου ή του συντρόφου του, ή ενός καθρέπτη χεριού (μικρού).

### **Δέκα βήματα για να αυτοεξετάζουμε το δέρμα μας**

Βήμα 1: Απαραίτητα είναι ο καλός φωτισμός του δωματίου, ένας ολόσωμος καθρέπτης, ένας καθρέπτης χεριού, ένα σεσουάρ, δύο καθίσματα.



Βήμα 2: Κράτα τα χέρια σου με ανοιχτές τις παλάμες μπροστά σου. Κοίτα τις παλάμες σου, τα δάκτυλά σου και τους αντιβραχίονές σου. Τώρα γύρνα τα δάκτυλα σου και εξέτασε την πίσω πλευρά των χεριών, της παλάμης, τα νύχια σου και τους αντιβραχίονες.



Βήμα 3: Τώρα κάτσε μπροστά από τον καθρέπτη. Κράτησε τα χέρια σου πάνω και λυγισμένα στους αγκώνες με τις παλάμες να κοιτούν εσένα. Εξέτασε την πίσω πλευρά του βραχίονα και τους αγκώνες στον καθρέπτη.

Βήμα 4: Τώρα παρατήρησε ολόκληρη τη μπροστά επιφάνεια του σώματός σου στον καθρέπτη. Εξέτασε και το πρόσωπο σου. Ξεκίνα από τα μάτια, τα χείλη, το μέτωπο. Γύρνα τις παλάμες εσωτερικά προς την κατεύθυνση του καθρέπτη και εξέτασε τα μπάτσα σου, το στήθος, το υπογάστριο, το εφηβαίο, τους μηρούς, τα γόνατα, τις κνήμες.



**Βήμα 5:** Σήκωσε τα χέρια πάνω από το κεφάλι με τις παλάμες αντικριστά. Στρίψε έτσι ώστε να μπορείς να δεις τη δεξιά πλευρά του σώματος σου στον καθρέπτη- τα χέρια, τις παλάμες, τους βραχίονες, μέρος του κορμού, τους μηρούς, τα γόνατα. Γύρισε και επανέλαβε την διαδικασία για την αριστερή πλευρά.



**Βήμα 6:** Γύρισε με την πλάτη στον καθρέπτη. Εξέτασε τους μηρούς και το κάτω μέρος των ποδιών.



**Βήμα 7:** Τώρα χρησιμοποιώντας τον καθρέπτη χεριού, εξέτασε τον αυχένα και την πλάτη και το πίσω μέρος του ώμου. Μερικές περιοχές είναι δύσκολο να εξεταστούν. Θα σου φανεί χρήσιμη η βοήθεια ενός φίλου ή του συντρόφου.



**Βήμα 8:** Συνέχισε να χρησιμοποιείς το μικρό καθρέπτη για να εξετάσεις τα αυτιά και το κρανίο. Το κρανίο είναι δύσκολο να εξεταστεί, ειδικά αν έχετε πολλά μαλλιά. Μπορείς να χρησιμοποιείς για βοήθεια ένα σεσουάρ, ιδίως αν είσαι από αυτούς που μπορούν να κρατούν στο ένα χέρι τον καθρέπτη, στο άλλο το σεσουάρ ενώ και θα κοιτάς στο μεγάλο καθρέπτη. Αν δεν μπορείς η βοήθεια ενός φίλου ή του συζύγου θα ήταν χρήσιμη.



**Βήμα 9:** Κάθισε στο ένα κάθισμα και ακούμπησε το ένα πόδι στο άλλο. Με την βοήθεια του καθρέπτη εξέτασε την μέσα πλευρά του ποδιού ξεκινώντας από πάνω προς τα κάτω. Επανάλαβε με το άλλο πόδι.

**Βήμα 10:** Καθώς είσαι καθισμένος, σταύρωσε τα πόδια σου. Χρησιμοποίησε τον καθρέπτη για να εξετάσεις την πατούσα, τα νύχια, τα δάκτυλα του ποδιού. Επανάλαβε με το άλλο πόδι.<sup>56,57</sup>

Ψάχνουμε για :

1. Ένα σημάδι στο δέρμα που αυξάνεται σε μέγεθος και μοιάζει ροζ, ημιδιαφανές, σκούρο καφέ, μαύρο ή πολύχρωμο.

2. Μια ελιά, ένα σημάδι, εκ γενετής ή άλλο σκούρο σημάδι, το οποίο :

- Αλλάζει χρώμα
- Αυξάνει σε μέγεθος ή πάχος
- Αλλάζει σε υφή
- Έχει ακανόνιστο περίγραμμα
- Είναι μεγαλύτερο από 6mm, το μέγεθος μιας γόμας μολυβιού

3. Ένα σημάδι ή μια πληγή που :

- Έχει φαγούρα ή πονάει
- Έχει κρούστα ή σχηματίζει ανώμαλη επιφάνεια
- Εξέλκεται ή αιμορραγεί
- Επούλωνεται σε 3 εβδομάδες.<sup>39</sup>

## 6.5 ΤΑ 7 ΑΝΗΣΥΧΗΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Υπάρχουν κάποια σημεία τα οποία μπορούν θεωρηθούν ανησυχητικά ως προς την αναγνώριση ενός καρκίνου. Τα σημεία αυτά πρέπει να έχει υπόψην το άτομο που θα αυτοεξετάσει το δέρμα του. Είναι τα εξής:

1. Μεταβολές στις συνήθειες κένωσης του εντέρου ή της ουροδόχου κύστης
2. Εξέλκωση που δεν επουλώνεται εύκολα
3. Ασυνήθης αιμορραγία ή έκκριση
4. Σκλήρυνση ή ανάπτυξη ογκιδίου σε κάποιο σημείο στο σώμα
5. Αυσπεφία ή δυσκολία στην κατάποση
6. Μεταβολές σε σπύλους ή άλλα ογκίδια στο δέρμα
7. Επίμονος ξηρός βήχας ή βράγχος φωνής.<sup>51</sup>

## ΕΝΟΤΗΤΑ 7

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το μελάνωμα είναι μια απρόβλεπτη νόσος με συχνά παράδοξη βιολογική συμπεριφορά και με δυνατότητα να υποτροπιάσει ή να δώσει μεταστάσεις ακόμα και μετά την παρέλευση πολλών ετών, οπότε η έννοια της ίασης στα μελανώματα παραμένει σχετική και αδιευκρίνιστη. Η αντιμετώπιση του κακοήθους μελανώματος δεν έχει αλλάξει σημαντικά τα τελευταία είκοσι χρόνια. Πέραν της χειρουργικής, η οποία είναι συνήθως η θεραπεία εκλογής, μόλις πρόσφατα άρχισαν να εφαρμόζονται τρεις νέες μέθοδοι. Η πρώτη αφορά την προφυλακτική αφαίρεση των λεμφαδένων σε ασθενείς με ενδιάμεσου πάχους διήθησης μελάνωμα. Η δεύτερη αφορά την ανίχνευση και εντόπιση του λεμφαδένα "φρουρού" στην περιοχή της πρωτοπαθούς εστίας και η τρίτη αφορά την εφαρμογή μετεγχειρητικής ανοσοθεραπείας με α-ιντερφερόνη σε ασθενείς με μελάνωμα πάχους >4mm ή θετικούς λεμφαδένες. Η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία αποτελούν τρόπους θεραπείας για το μεταστατικό μελάνωμα.<sup>58</sup>

#### 7.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ

Από την εποχή του Handley, το 1907, η θεραπεία εκλογής του κακοήθους μελανώματος μέχρι και σήμερα παραμένει χειρουργική.

Η λεγόμενη "ευρεία" εκτομή της εστίας ορίζεται με την αφαίρεση 1-3cm δέρματος, ανάλογα με το πάχος του μελανώματος. Σύστοιχη λεμφαδενεκτομή ενδείκνυται σε κλινικά ψηλαφητούς διογκωμένους λεμφαδένες αλλά και σε μεγάλου πάχους μελανώματα. Επιπλέον ενδείκνυται και σε ασθενείς με μεταστάσεις σε λεμφαδένες. Σε ενδιάμεσου πάχους μελανώματα σήμερα προτείνεται η διερεύνηση του λεμφαδένα "φρουρού".

#### ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η θεραπεία του κακοήθους μελανώματος αρχίζει από την στιγμή που τίθεται η ένδειξη βιοψίας μιας μελαγχρωματικής αλλοίωσης.

Ο χρόνος μεταξύ βιοψίας και τελικής ευρείας εκτομής δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τις 3-4 εβδομάδες. Το λεμφοσπινθηρογράφημα, το οποίο γίνεται με την βοήθεια φορητού ανιχνευτή γ' ακτινοβολίας, αποτελεί σήμερα την πλέον απαραίτητη εξέταση



για την αποσαφήνιση των ανατομικών περιοχών της λεμφικής αποχέτευσης της πρωτοπαθούς εστίας. Τα ευρήματα της εξέτασης αυτής είναι πάρα πολύ σημαντικά καθώς ένα μεγάλο ποσοστό των λεμφαδενεκτομών είναι δυνατόν να οδηγήσουν τον χειρουργό σε λανθασμένη επιλογή λεμφικής αποχέτευσης εάν στηριχθεί μόνο στις κλασικές ανατομικές γνώσεις.

Ο προσδιορισμός της RT – PCR( Reverse Transcriptase – Polymerase Chain Reaction) για την εντόπιση κυκλοφορούντων μελανοκυττάρων στο περιφερικό αίμα είναι μια υποσχόμενη εξέταση ρουτίνας.

Τέλος για την ολοκλήρωση της κλινικής εικόνας του ασθενούς είναι απαραίτητες απεικονιστικές μέθοδοι ( αξονική τομογραφία, υπέρηχοι κ.τ.λ.) για τον αποκλεισμό μεταστάσεων και συνεπώς μιας γενικευμένης νόσου.<sup>59</sup>

## ΕΚΤΟΜΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΕΣΤΙΑΣ

Η ευρεία εκτομή της πρωτοπαθούς είναι κύρια θεραπευτική πράξη με μεγάλο ποσοστό ίασης. Κατά καιρούς έχουν διεξαχθεί πολλές έρευνες για να προσδιοριστεί με ακρίβεια η έκταση της λεγόμενης ευρείας εκτομής. Από τις αρχές της δεκαετίας του '80 οι μελετητές κατέληξαν ότι οι πιθανές τοπικές υποτροπές δεν εξαρτώνται από τα όρια της εκτομής αλλά από το πάχος του όγκου κατά Breslow.

Σήμερα πιστεύεται ότι η εκτομή 1cm υγιούς δέρματος σε μελανώματα πάχους < 0.75mm είναι επαρκής. Σε μελανώματα πάχους από 0.75 – 2mm η εκτομή αγγίζει τα όρια των 2cm ενώ σε παχύτερα μελανώματα των 2mm φτάνει τα 3cm.

Όσον αφορά την συναφαίρεση της υποκείμενης περιτονίας ή την διατήρησή της ως έχει οι απόψεις δίστανται. Παρόλα αυτά οι επιστήμονες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αφαίρεση της ή όχι δεν φαίνεται να έχει καμία σημασία από ογκολογικής πλευράς.

Ακρωτηριασμός ενδείκνυται μόνο όταν η πρωτοπαθής εστία εντοπίζεται στα δάχτυλα ή υπονοχίως. Τέλος, παρά την βαρύτητα του νεοπλασματος, το αισθητικό αποτέλεσμα πρέπει να συνυπολογιστεί στον προγραμματισμό της επέμβασης ανεξάρτητα του φύλου και της ηλικίας του ασθενούς χωρίς να επηρεαστεί η ριζικότητα της επέμβασης.<sup>13, 59, 60</sup>

*Πίνακας 7: Σταδιοποίηση σύμφωνα με Clark*

<b>ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΤΑ CLARK</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ</b>
I. Ο όγκος είναι ενδοεπιδερμικός	99 %
II. Ο όγκος εισέρχεται στο επιπόλη ή θηλώδες χόριο.	85 %
III. Ο όγκος διηθεί όλο το πάχος του θηλώδους χορίου	65 %
IV. Ο όγκος διηθεί το εν τω βάθει ή δικτυωτό χόριο.	50 %
V. Ο όγκος διηθεί το υποδόριο λίπος.	30 %

Πίνακας 8: Εκτίμηση βάθους κατά Breslow

ΒΑΘΟΣ ΚΑΤΑ BRESLOW	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ
I. <0.85mm	99 %
II. 0.85 – 1.69 mm	93 %
III. 1.70 – 3.64 mm	69 %
IV. > 3.64 mm	38 %

Πίνακας 9: Εκτίμηση εκτομής σύμφωνα με Breslow

ΕΚΤΟΜΗ	ΠΑΧΟΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ
1. Τοπική +/- 1cm υγιές δέρμα.	≤ 0.75
2. Τοπική εκτομή + cm υγιές δέρμα	0.75 – 1.5 (1.5 – 2.0)
3. Τοπική εκτομή + 2cm υγιές δέρμα + λεμφαδενικός καθαρισμός + ( περιοχική χημειοθεραπεία.	2.0 – 4.0
4. Τοπική εκτομή + χημειοθεραπεία ή / και ανοσοθεραπεία.	>4

Πίνακας 10: Σταδιοποίηση μελανώματος κατά την American Joint Committee On Cancer

ΣΤΑΔΙΟ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
IA	Εντοπισμένο μελάνωμα ≤ 0.75 mm
IB	Εντοπισμένο μελάνωμα 0.75mm – 1.5mm
II <sub>A</sub>	Εντοπισμένο μελάνωμα 1.5mm – 4mm
II <sub>B</sub>	Εντοπισμένο μελάνωμα ≥ 4mm
III.	Περιοχικές λεμφαδενικές μεταστάσεις και ≤ 5cm in transit μεταστάσεις χωρίς λεμφαδενική νόσο.
IV.	Προχωρημένη λεμφαδενική νόσο

## ΛΕΜΦΑΔΕΝΑΣ ΦΡΟΥΡΟΣ

Η τεχνική της σκιαγράφησης της λεμφικής οδού και της ανίχνευσης με βιοψία του λεμφαδένα φρουρού στηρίζεται στην αντίληψη ότι τα λεμφαγγεία του δέρματος κατευθύνονται προς ορισμένες περιοχές λεμφαδένων, στην περιοχή όπου υπάρχει πρωτοπαθής εστία. Θεωρητικά κάθε λεμφαδένας κοντά στην περιοχή της πρωτοπαθούς εστίας παριστά έναν λεμφαδένα "φρουρό", στον οποίο η λέμφος απ' την πρωτοπαθή εστία μεταφέρει τα νεοπλασματικά κύτταρα. Κατά συνέπεια η εντόπιση του λεμφαδένα φρουρού μετά από βιοψία μπορεί να καθορίσει με ακρίβεια αν τα κύτταρα του μελανώματος έχουν μετασταθεί σ' αυτή τη συγκεκριμένη λεμφαδενική περιοχή. Αυτό επιτρέπει στο χειρουργό να εντοπίσει τις λεμφαδενικές διηθήσεις και να προχωρήσει σε πλήρη λεμφαδενικό καθαρισμό μόνο σ' αυτούς. Η συγκεκριμένη τεχνική έχει ευνοϊκά αποτελέσματα τόσο ως προς το κόστος όσο και ως προς τη νοσηρότητα των υπολοίπων ασθενών, οι οποίοι δε χρειάζεται να υποβληθούν σε λεμφαδενικό καθαρισμό. Η παραπάνω μέθοδος τα τελευταία 4-5 χρόνια πραγματοποιείται με την έγχυση χρωστικής κυανού χρώματος στην περιοχή της πρωτοπαθούς εστίας με αποτέλεσμα να εντοπίζεται ο λεμφαδένας φρουρός λόγω του χρωματισμού του. Η ανίχνευση των λεμφαδένων φρουρών βελτιώθηκε με τη χορήγηση ραδιοϊσοτοπικής ουσίας.<sup>59,61,62,63,64</sup>

## ΜΕΤΑΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Επιστήμονες από το Yale Melanoma Unit έχουν καθιερώσει για τους από το 1987 ένα πρωτόκολλο παρακολούθησης μετά τη χειρουργική, θεραπεία το οποίο συνδυάζει τακτικές επανεξέτασης και εντατική εκπαίδευση των ίδιων των ασθενών στους τρόπους αυτοεξέτασής τους. Μελέτες που έγιναν από τους ίδιους επιστήμονες, διαπιστώθηκε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων ανακαλύφθηκε είτε από τους ίδιους τους ασθενείς, είτε από τους γιατρούς από τις τακτικές επανεξέτασης.<sup>65</sup>

## 7.2 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η πρόγνωση του μελανώματος, όταν γενικευθεί είναι πολύ φτωχή. Η πρώτη εμφάνιση μεταστατικών βλαβών στο γενικευμένο μελάνωμα συμβαίνει σε ποσοστό 59% στο δέρμα, τους υποδόριους ιστούς και απομακρυσμένους λεμφαδένες, Ακολουθεί πνεύμονας, εγκέφαλος, ήπαρ, οστά.

### ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μόνο ένας μικρός αριθμός χημειοθεραπευτικών παραγόντων έχουν δείξει δραστικότητα στο μεταστατικό μελάνωμα. Η ντακαρμπαζίνη ( DTIC ) παραμένει το ευρύτερα μελετηθέν και πλέον αποτελεσματικό φάρμακο. Επίσης, οι νιτροζούριες, τα αλκαλοειδή της VINCA, η πλατίνα και οι ταξάνες είναι και αυτά αποτελεσματικά. Συνδυασμοί κυτταροστατικών έχουν δείξει υψηλότερες ανταποκρίσεις σε σύγκριση με τη μονοθεραπεία. Συνδυασμός χημειοανοσοθεραπείας με ιντερφερόνη ή και ιντερλευκίνη έχουν μεν δώσει υψηλότερες ανταποκρίσεις αλλά με αξιοσημείωτη τοξικότητα. Το νεότερο φάρμακο που χρησιμοποιείται σήμερα είναι η τεμοζολαμίδη.

67 65 67 68

Πίνακας 11: Δραστικότητα φαρμάκων στο δερματικό μελάνωμα

Α/Α	ΦΑΡΜΑΚΟ	ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ
1.	Ντακαρμπαζίνη	20 %
2.	Καρμουστίνη	18 %
3.	Λομουστίνη	13 %
4.	Ταυρομουστίνη	17 %
5.	Φοτεμουστίνη	24 %
6.	Σισπλατίνη	23 %
7.	Καρμποπλατίνη	16 %
8.	Βινκριστίνη	12 %
9.	Βινμπλαστίνη	13 %
10.	Βιντεζίνη	14 %
11.	Ταξόλη	18 %
12.	Διβρωμοντουλσιτόλη	14 %
13.	Ντετορουμικίνη	19 %
14.	Πιριτρεξίνη	23 %

## ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Με στόχο την αύξηση των ανταποκρίσεων που σημαίνει καλύτερη ποιότητα ζωής και ίσως αύξησης της επιβίωσης των ασθενών, οι ερευνητές συνδύασαν τα αποτελεσματικότερα φάρμακα δημιουργώντας χημειοθεραπευτικά σχήματα. Τα περισσότερα σχήματα εμπεριέχουν την ντακαρμαζίνη και έχουν σχετικά υψηλές ανταποκρίσεις ακόμα και σε δύσκολες μεταστατικές εστίες, όπως είναι το ήπαρ και τα οστά. Σε μια περαιτέρω προσπάθεια βελτίωσης των αποτελεσμάτων συνδυάστηκαν τα κυριότερα σχήματα χημειοθεραπευτικών μαζί με κιτοκίνες (ιντερφερόνη, ιντερλευκίνη

2) αποκομίζοντας εντυπωσιακά αποτελέσματα. Επίσης, πολύ καλά αποτελέσματα προέκυψαν από τον συνδυασμό καρβοπλατίνης, βινμπλαστίνης, μπλεομυκίνης και ιντερφερόνης. Ο συνδυασμός ντοσεταξέλης και τομεζολαμίδης παρουσίασαν αξιοσημείωτα αποτελέσματα.

## ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΠΟΛΥΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αξιζει να αναφερθεί ότι η προσθήκη ταμοξιφαίνης, ενός μη στεροειδούς αντιοιστρογόνου έφερε αποτελέσματα στον συνδυασμό των φαρμάκων.<sup>67</sup>

## ΜΕΓΑΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ένας τρόπος για να ξεπεραστεί η φαρμακευτική αντίσταση είναι η αύξηση της δόσης ή των φαρμάκων. Η αύξηση της δόσης συνήθως επιφέρει και αύξηση της τοξικότητας, γι' αυτό η μεγαθεραπεία συνδυάζεται με αυτόλογη διάσωση μυελού ή περιφερειακών στελεχιαίων κυττάρων. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται περισσότερο είναι: Μεμφαλάνη, θειοτέπα, ντακαρμαζίνη και οι νιτροζουρίες με υψηλές ανταποκρίσεις. Τα προηγούμενα χρόνια υπήρξε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την θεραπεία του μελανώματος με αύξηση της δόσης της συσπλατίνης. Οι ανταποκρίσεις όμως δε φαίνεται να υπερέχουν των συμβατικών δόσεων.<sup>67</sup>

## ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΙ ΜΕ ΒΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

### A. Χημειοθεραπεία και ιντερφερόνη α :

Η χορήγηση ανασυνδυασμένης ανθρώπινης ιντερφερόνης σε αντίθεση με τη φυσική έχει αντινεοπλασματική δράση. Η δράση της ιντερφερόνης θεωρείται ότι είναι ανοσορυθμιστική και κυτταροστατική. Με σκοπό να αυξηθεί η αποτελεσματικότητά της συνδυάστηκε με συστηματική χορήγηση χημειοθεραπευτικών. Στις περισσότερες μελέτες περιγράφονται ανταποκρίσεις από κάθε φάρμακο χωριστά.<sup>69</sup>

### B. Χημειοθεραπεία και ιντερλευκίνη –2

Υπάρχουν πολλά πειραματικά δεδομένα που αποδεικνύουν ότι μεγάλες δόσεις ιντερλευκίνης 2 μπορούν να επιφέρουν σμίκρυνση και εξαφάνιση διαφόρων όγκων. Η υψηλή χορήγηση ιντερλευκίνης-2 μαζί με πλατίνη είχε καλά αποτελέσματα. Τέλος, διάφορα νέα σχήματα που συνδυάζουν πολλούς χημειοθεραπευτικούς παράγοντες και πολλούς βιολογικούς δίνουν σταθερά ανταποκρίσεις άνω των 50%.<sup>59,66,67</sup>

## 7.3 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το μελάνωμα θεωρείται ακτινοάντοχος όγκος. Με τη διερεύνηση όμως της γνώσης της ραδιοβιολογίας του μελανώματος άρχισαν να εφαρμόζονται νέα σχήματα και τεχνικές για τη θεραπεία του. Σήμερα η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται είτε ως κύρια θεραπεία σε υποτροπή (τοπική ή λεμφαδενική) και σε μεταστάσεις, είτε ως συμπληρωματική της χειρουργικής θεραπείας για την αποστείρωση της θέσης εκτομής της πρωτοπαθούς εστίας και των περιοχικών λεμφαδένων. Η συνολική δόση ακτινοβολίας που απαιτείται μπορεί να επιτευχθεί είτε με εξωτερική ακτινοβολήση είτε με ραδιενεργά εμφυτεύματα (βραχυθεραπεία).

Η ακτινοθεραπεία βέβαια χρησιμοποιείται ευρέως και ως παρηγορική θεραπεία σε γινικευμένο μελάνωμα. Μεγάλη συζήτηση έχει γίνει για τη δόση της ακτινοβολίας κατά συνεδρία. Πολλοί προτιμούν κλάσματα ακτινοβολίας μεταξύ 400-800 CGY με συνηθέστερο σχήμα τις 6 συνεδρίες των 600 CGY κατά την συνεδρία.

Συμπερασματικά η ακτινοθεραπεία είναι αποδεκτή ως αποτελεσματική μορφή συμπληρωματικής και παρηγορικής θεραπείας με ποσοστά ανταπόκρισης 50-85% και διάρκεια αποτελέσματος περίπου στους 12 μήνες. Σε βλάβες μικρότερες του 1cm η πλήρης υποχώρηση της νόσου είναι της τάξης 70-80%.<sup>37,70</sup>

### ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Στην προσπάθεια καλύτερης αντιμετώπισης του μελανώματος με ακτινοθεραπεία έχουν δοκιμαστεί νεότερες τεχνικές, οι οποίες περιλαμβάνουν την υπερθερμία, την υψηλή ενέργεια, γραμμική ακτινοβολία, τις ακτινοευαίσθητοποιές ουσίες, τη φωτοδυναμική θεραπεία, τη θεραπεία παγίδευσης με θερμικά νετρόνια και τα ραδιοσημασμένα αντισώματα.

#### ➤ ΒΡΑΧΥΘΕΡΑΠΕΙΑ

Περιλαμβάνει τη χρήση  $I^{125}$  ως μόνιμου ή  $Ir^{192}$  ως προσωρινού εμφυτεύματος σε δόση 3.200-5.000 CGY για τα προσωρινά και 4.300-28.000 CGY για τα μόνιμα εμφυτεύματα. Οι ενδείξεις εφαρμογής τους περιλαμβάνουν :

1. Συμπληρωματική της χειρουργικής θεραπείας στην κοίτη του χειρουργικού πεδίου.
2. Μεγάλη υπολειμματική νόσος.
3. Μικρή υπολειμματική νόσος.
4. Μη ασφαλή όρια εκτομής.

Η μέθοδος μπορεί να συνδυαστεί με εξωτερική ακτινοβολήση και με υπερθερμία. Έλεγχος της νόσου επιτυγχάνεται στο 42% των ασθενών στο 1<sup>ο</sup> έτος με 100% έλεγχο της νόσου σε περιπτώσεις με ανεπαρκή όρια εκτομής. Το πλέον μακρόχρονο αποτέλεσμα ανέρχεται σε 72 μήνες ενώ το ποσοστό των επιπλοκών είναι περίπου 18%.<sup>37,70</sup>

## 7.4 ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αυτόματη υποστρόφη, η απουσία πρωτοπαθούς εστίας στο 5% των ασθενών με μεταστατικό μελάνωμα, η έντονη διήθηση από λεμφοκύτταρα και η παρατήρηση ότι μετά από παραμονή σε λανθάνουσα κατάσταση για αρκετό χρονικό διάστημα μπορεί να καταλήξει σε ραγδαία εξέλιξη υποδηλώνουν ότι το ανοσολογικό σύστημα παίζει σημαντικό ρόλο στο δερματικό μελάνωμα. Από τα μέσα της 10ετίας του 80' άρχισαν οι πρώτες μελέτες για τη χρήση ανοσοθεραπείας, αρχικά στη μεταστατική νόσο και εν συνεχεία στα πλαίσια καταπολέμησης μικρομεταστάσεων. Στην ανοσοθεραπεία χρησιμοποιούνται βιολογικοί παράγοντες, όπως η ιντερφερόνη, ιντερλευκίνη και εμβόλια. Λόγω της μεγάλης τοξικότητας της ιντερλευκίνης έχει επικρατήσει η ιντερφερόνη. Συνήθως χορηγείται σε ασθενείς ενδιάμεσου κινδύνου ( Breslow 1.51-3.99 mm ) και υψηλού κινδύνου για υποτροπή (Breslow >4 ). Έχουν δοκιμαστεί χαμηλές, μεσαίες ή υψηλές δόσεις ιντερφερόνης και το χρονικό διάστημα χορήγησης κυμαίνεται από 3 μήνες ως 3 χρόνια. Η ανοσοθεραπεία διακρίνεται σε παθητική και ενεργητική.<sup>37</sup>

- **ΠΑΘΗΤΙΚΗ**

Ως ειδική παθητική ανοσοθεραπεία ορίζεται η χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων στη θεραπεία του μελανώματος. Τα αντισώματα αυτά είτε στοχεύουν απευθείας στον όγκο είτε χρησιμοποιούνται ως συμπλαία συνδεδεμένα με κυτταροστατικά, ραδιοϊσότοπα, κυτταροκίνες ή τοξίνες. Η κλινική εμπειρία με μονοκλωνικά αντισώματα στη θεραπεία του μελανώματος είναι περιορισμένη.<sup>59</sup>

Άλλος τρόπος ανοσοθεραπείας είναι μέσω υποβοήθησης της ανοσολογικής απάντησης του ξενιστή με τη χορήγηση ΜΗ-εξαρτώμενης T-κυττάρων ή την επαγωγή της αντιγονικής έκφρασης του μελανώματος.

- **ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ**

Ως ενεργητική ανοσοθεραπεία ορίζεται η χορήγηση εμβολίων. Το εμβόλιο κατά του μελανώματος δοκιμάζεται σαν μια νέα δυναμικά αποτελεσματική μέθοδος πρόληψης ή επιβράδυνσης τη εξέλιξης της νόσου. Βασικοί τύποι των εμβολίων είναι τροποποιημένα αυτόλογα ή αλλογενή μελανωματικά κύτταρα και παράγοντες που προέρχονται από την απόσπωση δομών της επιφάνειας των κυττάρων.

### Ένα καρκινικό εμβόλιο για να είναι δραστικό πρέπει να

1. Διευκολύνει την αναγνώριση των μελανωματικών κυττάρων από τον ξενιστή ώστε να κινητοποιηθούν οι κατάλληλοι μηχανισμοί εξουδετέρωσης.
2. Επάγει την αντιγονική λειτουργία του συστήματος μονοκυττάρων-μακροφάγων και των δενδριτών κυττάρων.
3. Επάγει την λειτουργία των T-λεμφοκυττάρων, τα οποία αφού αναγνωρίσουν, καταστρέφουν τα μελανωματικά κύτταρα.
4. Ελαχιστοποιήσει ή να μηδενίσει την ανοσοκατασταλτική δραστηριότητα των κατασταλτικών κυττάρων.

5. Διεγείρει τη γένεση νέων ενεργοποιημένων κυττάρων ικανών να φονεύσουν τα καρκινικά κύτταρα
6. Επάγει τη λειτουργία των β-λεμφοκυττάρων που δεν παράγουν αντισώματα.

Προκειμένου να ενισχυθεί η ανοσογονικότητα των εμβολίων χρησιμοποιούνται ανοσο-ενισχυτικά, τα οποία αυξάνουν την κυτταρική και χημική ανοσολογική απάντηση. Τέτοιες ουσίες είναι:

1. Ακέραια βακτηρίδια
2. Μικροβιακό κυτταρικό τοίχωμα.
3. Ιοί.
4. Πρωτεΐνες
5. Άλλες χημικές ουσίες (ένζυμα κ.α )

Η ενεργητική ανοσοθεραπεία διακρίνεται σε μη ειδική ή ειδική.

#### **A. Μη ειδική ανοσοθεραπεία**

Το γεγονός ότι ασθενείς με προχωρημένο σάρκωμα παρουσίαζαν υποστροφή της νόσου αφού προσβλήθηκαν από λοιμώξεις, οδήγησε τους ερευνητές στο να χρησιμοποιήσουν μίγματα βακτηριακών τοξινών προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα κακοήθη νοσήματα. Τέτοιες ουσίες μπορεί να είναι:

1. Ζωντανοί εξασθενημένοι βάκολλοι Calmette - Guérin ( BCG ).
2. Νεκρά corynebacterium parvum
3. Ισοπρινοσίνη
4. Λεβαμιζόλη.
5. Παράγοντες μεταφοράς
6. Θυμοστιμουλίνη.

#### **B. Ειδική ανοσοθεραπεία**

Σκοπός της είναι η ενεργοποίηση της ανοσολογικής απάντησης του ξενιστή έναντι των αντιγόνων των μελανωματικών κυττάρων. Η ειδική ενεργητική ανοσοθεραπεία μπορεί να πραγματοποιηθεί με αυτόλογα ή ετερόλογα μελανωματικά κύτταρα, αντιγόνα, γαγγλιοσίδες, πεπτίδια συμβατά με το μείζον σύστημα ιστοσυμβατότητας και δένδριτικά κύτταρα.<sup>59, 60, 72, 73</sup>



**ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **«Έρευνα για το επίπεδο της γνώσης και της ευαισθητοποίησης των υγιών ατόμων σχετικά με την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του δερματικού μελανώματος.»**

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση του επιπέδου γνώσης και ευαισθητοποίησης των υγιών ατόμων στην Ελλάδα, σχετικά με την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του δερματικού μελανώματος.

### **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:**

#### **A. Σχεδιασμός της έρευνας**

Η μέθοδος μας στηρίχτηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή.

#### **B. Πληθυσμός - δείγμα**

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνας μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο ,αποτελούμενο από 18 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Από τις ερωτήσεις αυτές οι τέσσερις ήταν διχοτομικές (ΝΑΙ -ΟΧΙ) και οι υπόλοιπες δεκατέσσερις εναλλακτικών απαντήσεων. Το ερωτηματολόγιο ήταν κατάλληλα σχεδιασμένο με την υποφαινόμενες με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας και απευθυνόταν σε υγιή άτομα κάθε ηλικίας και κοινωνικής τάξης.

#### **Γ. Τόπος και χρόνος της έρευνας**

Το υλικό από το οποίο πραγματοποιήθηκε η έρευνα ,αποτελέσαν 290 υγιή άτομα. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε διάφορους νομούς της χώρας. Τα αποτελέσματα είχαν ως εξής :από τα 290 άτομα που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια ,σαράντα ήταν από το νομό Θεσσαλονίκης ,δεκατέσσερα από το νομό Λαρίσης, δέκα από το νομό Πλείας ,δεκατέσσερα από το νομό Αχαΐας ,πέντε από το νομό Χίου, ένα από το νομό Κέρκυρας, ένα από το νομό Κυκλάδων και διακόσια έξι άτομα από το νομό Αττικής. Η επιλογή των νομών έγινε και βάσει την ηλιοφάνεια της περιοχής. Το δείγμα ήταν τυχαίο. Η ερευνητική προσπάθεια διήρκησε τρεις μήνες από τον Δεκέμβριο του 2002 έως και το Φεβρουάριο του 2003.

#### **Δ. Συλλογή δεδομένων**

Για να επιτευχθεί εγκυρότητα περιεχομένου ,το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από τις υποφαινόμενες με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη ,αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι

μπορούσε να μην απαντήσει στις ερωτήσεις ,αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσε να διακόψει τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Για την συμπλήρωση κάθε ερωτηματολογίου, ο μέσος χρόνος που απαιτήθηκε ήταν δέκα λεπτά της ώρας περίπου.

#### Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Τα κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα μας ήταν η ακρίβεια των ευρημάτων, η ακεραιότητα, η σαφήνεια και το σχετικό αίτιο του σκοπού και η ερευνησιμότητα. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν τα μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια και οι ασαφείς απαντήσεις. Γενικώς, από το σύνολο των 310 ερωτηματολογίων που διανεμήθηκαν, χρησιμοποιήθηκαν τα 290.

#### ΣΤ. Ζητήματα Βιο-ηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο Κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφή έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί καμία βλάβη φυσική, συγκινησιακή, κτλ. πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας, εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης ). Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήθηκε ο σκοπός της έρευνας στους ερωτώμενους. Επιπλέον, επισημάνθηκε ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και το δείγμα τυχαίο. Τέλος, αναφέρθηκε και ο φορέας της έρευνας, δηλαδή η σχολή οοίτησης μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας.

#### Ζ. Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση

Κάθε πιθανή απάντηση σε μια ερώτηση κωδικοποιήθηκε με έναν ακεραίο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα, τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μια αντιπροσώπευε μια ερώτηση. Η περαιτέρω στατιστική ανάλυση έγινε από την κυρία Χαρά Γζαβάρια, βιοστατιστικολόγο.

#### **ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ:**

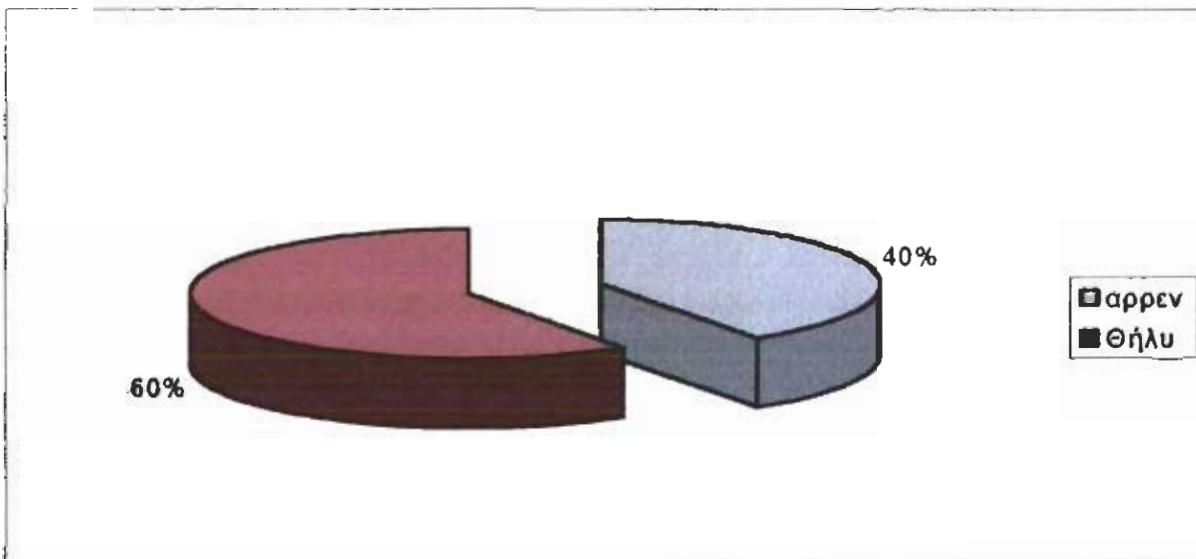
Από τα δημογραφικά στοιχεία που συλλέχθηκαν προκύπτει ότι, από τα 290 άτομα που ερωτήθηκαν το 40,34% ήταν άνδρες και το 59,66% γυναίκες. Από αυτούς το 27,93% ήταν ηλικίας <18 ετών, το 34,83% ήταν ηλικίας 18-30 ετών, το 27,59% ήταν 30-50 ετών και το 9,66% ήταν άνω των 50 ετών. Ακόμη, το 10% των ερωτηθέντων δουλεύουν στην ύπαιθρο(αγρότες, εργάτες κλπ), το 35,86% είναι εργαζόμενοι σε κλειστό χώρο (υπάλληλοι γραφείου κλπ), το 4,48% είναι άνεργοι και το 38,97% είναι μαθητές ή σπουδαστές. Ακόμη, το 11,72% των ατόμων διαμένουν σε χωριό, το 87,24 σε πόλη, το 0,34% σε βουνό και το 0,69% σε νησί.

**Ερώτηση 1**

Πίνακας 1: Κατανομή των απαντήσεων 290 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο

Φύλο	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Άρρεν	40
Θήλυ	60

Σχήμα 1: Από τους ερωτηθέντες το 40% ήταν γυναίκες ενώ το 60% ήταν άνδρες.

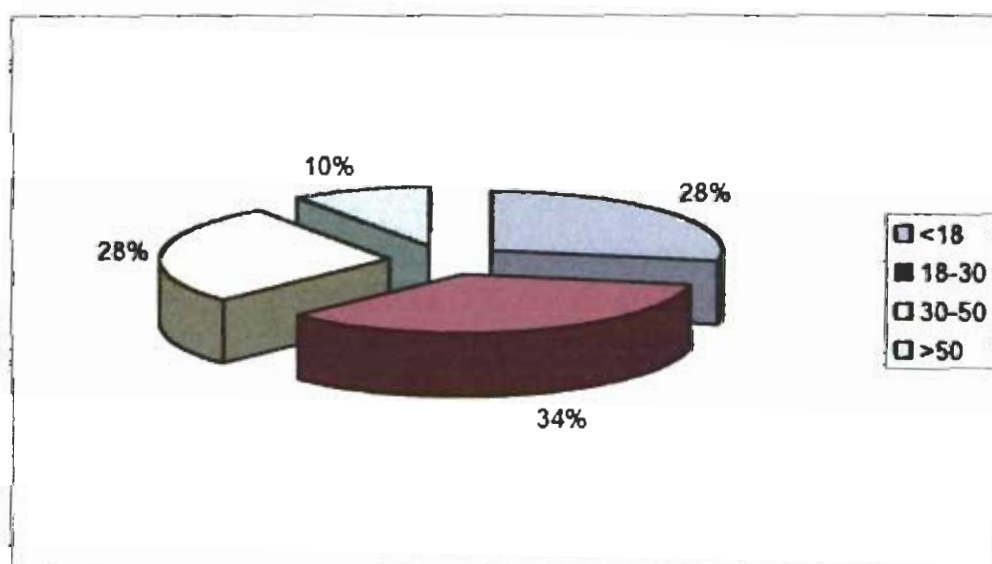


## Ερώτηση 2

Πίνακας 2 : Κατανομή των 290 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία

Ηλικία	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
<18	28
18-30	34
30-50	28
>50	10

Σχήμα 2 : Από τους ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό ανήκει στην ηλικία των 18 – 30

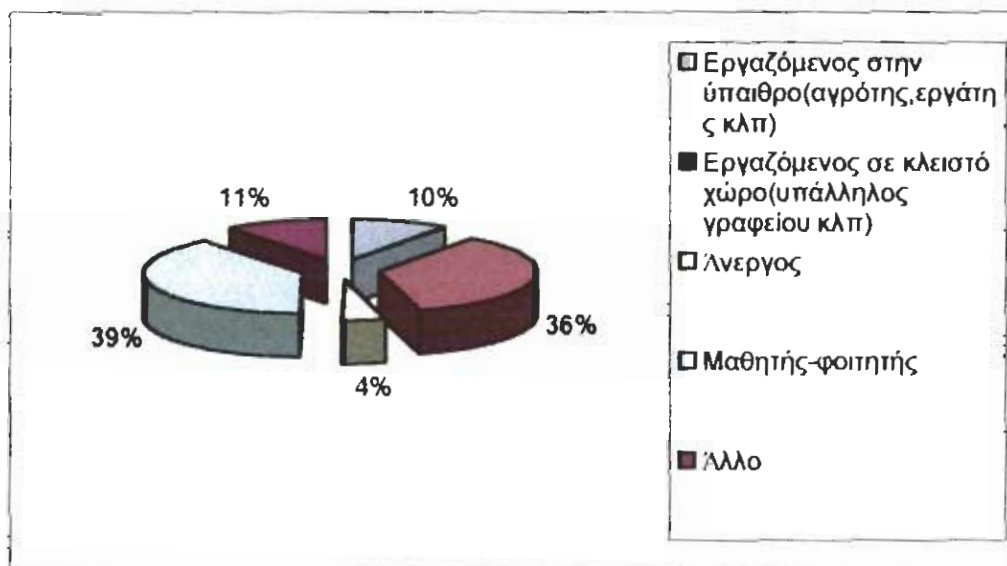


## Ερώτηση 3

Πίνακας 3: Κατανομή των απαντήσεων των 290 ερωτηθέντων σε σχέση με το επάγγελμα τους.

Επάγγελμα	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Εργαζόμενος στην ύπαιθρο(αγρότης, εργάτης κλπ)	10
Εργαζόμενος σε κλειστό χώρο(υπάλληλος γραφείου κλπ)	36
Άνεργος	4
Μαθητής-φοιτητής	39
Άλλο	11

Σχήμα 3 : Από τους ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό (39%) είναι φοιτητές και μαθητές ενώ ακολουθούν οι εργαζόμενοι σε κλειστό χώρο με 36%

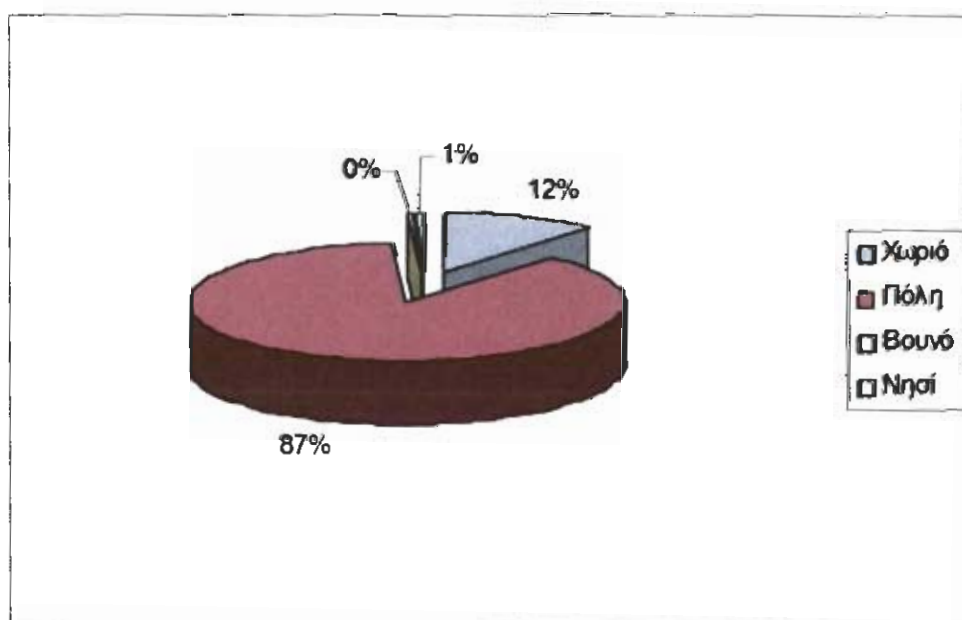


#### Ερώτηση 4

Πίνακας 4: Κατανομή των απαντήσεων των 290 ερωτηθέντων σε σχέση με τον μόνιμο τόπο διαμονής τους.

Μόνιμος Τόπος Διαμονής	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Χωριό	12
Πόλη	87
Βουνό	0
Νησί	1

Σχήμα 4 : Από τους ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό (87 %) διαμένουν μόνιμα σε πόλη.

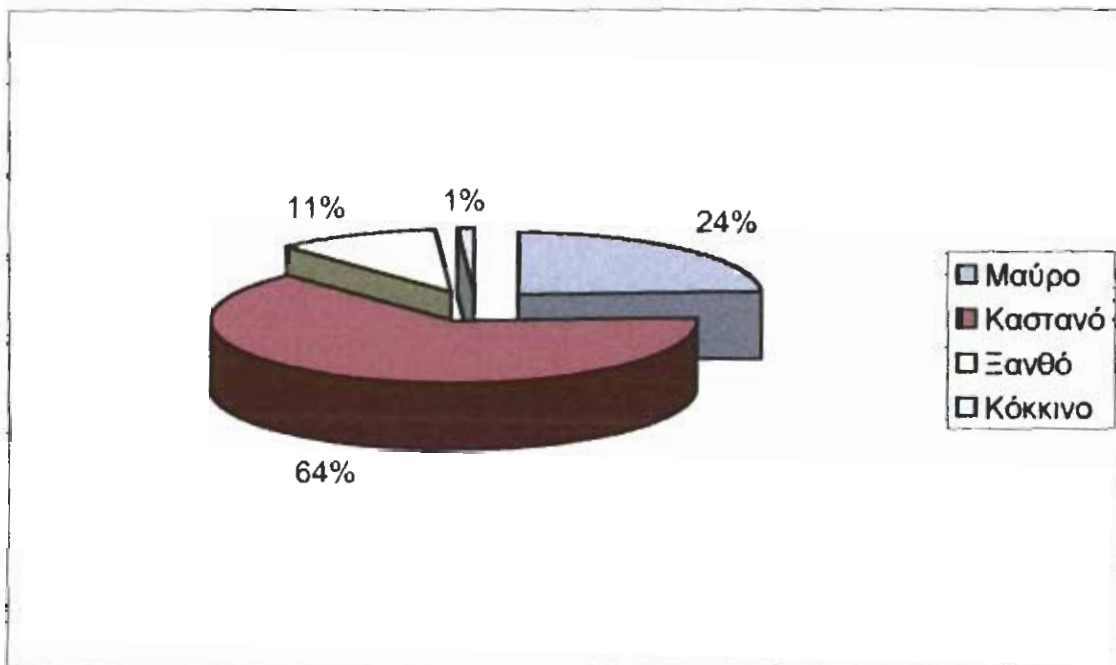


## Ερώτηση 5

Πίνακας 5: Κατανομή των απαντήσεων των 290 ερωτηθέντων σε σχέση με το φυσικό χρώμα των μαλλιών.

Χρώμα μαλλιών (Φυσικό)	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Μαύρο	24
Καστανό	64
Ξανθό	11
Κόκκινο	1

Σχήμα 5 : Από τους ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό (64 %) είχαν καστανό χρώμα μαλλιών.



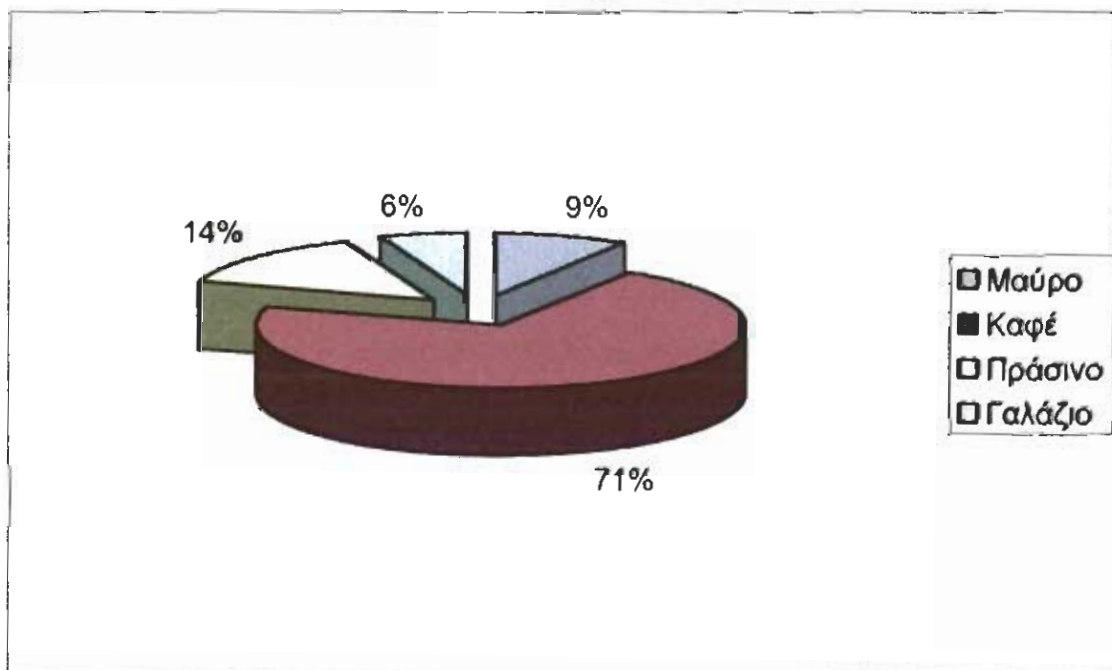


## Ερώτηση 6

Πίνακας 6: Κατανομή των απαντήσεων των 290 ερωτηθέντων σε σχέση με το χρώμα των οφθαλμών.

Χρώμα οφθαλμών	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Μαύρο	9
Καφέ	71
Πράσινο	14
Γαλάζιο	6

Σχήμα 6 : Από τους ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό (71%) είχαν καστανό χρώμα οφθαλμών.

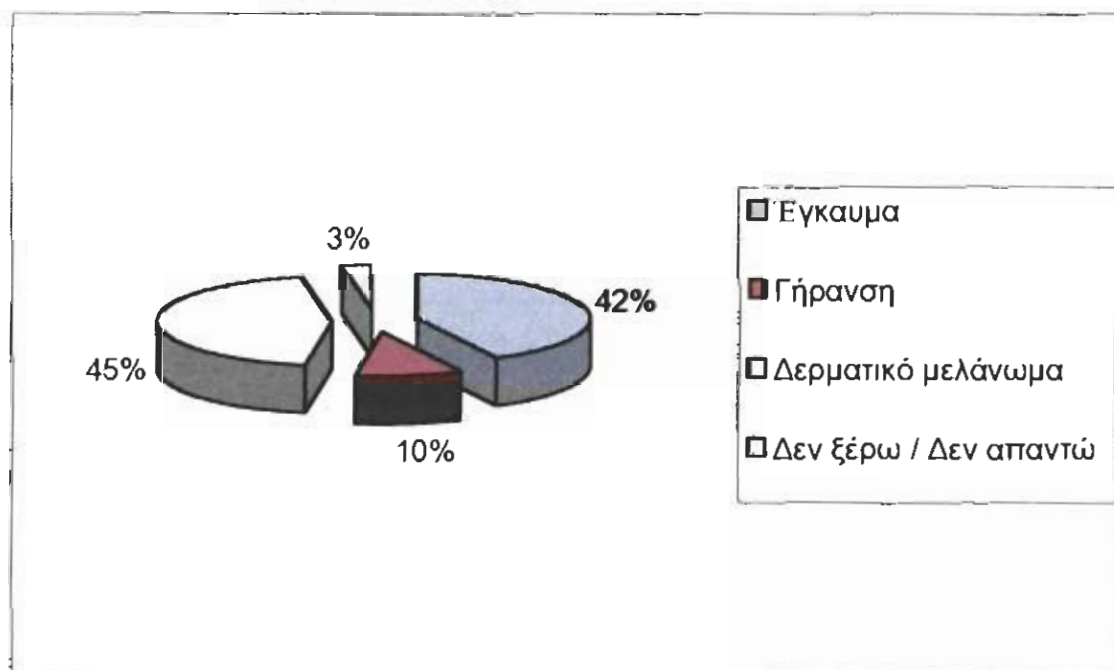


## Ερώτηση 7

Πίνακας 7: Κατανομή των απαντήσεων των 290 ατόμων στην ερώτηση: «Ποια από τις παρακάτω βλάβες του δέρματος, κατά τη γνώμη σας, οφείλεται στον ήλιο;»

Ποια από τις παρακάτω βλάβες του δέρματος, κατά τη γνώμη σας, οφείλεται στον ήλιο;	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Έγκαυμα	42
Γήρανση	10
Δερματικό μελάνωμα	45
Δεν ξέρω / Δεν απαντώ	3

Σχήμα 7 : Από τους ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό (45%) θεωρεί ότι το μελάνωμα είναι η πιο σημαντική βλάβη που προκαλεί ο ήλιος ενώ ένα μεγάλο ποσοστό (42%) το έγκαυμα.

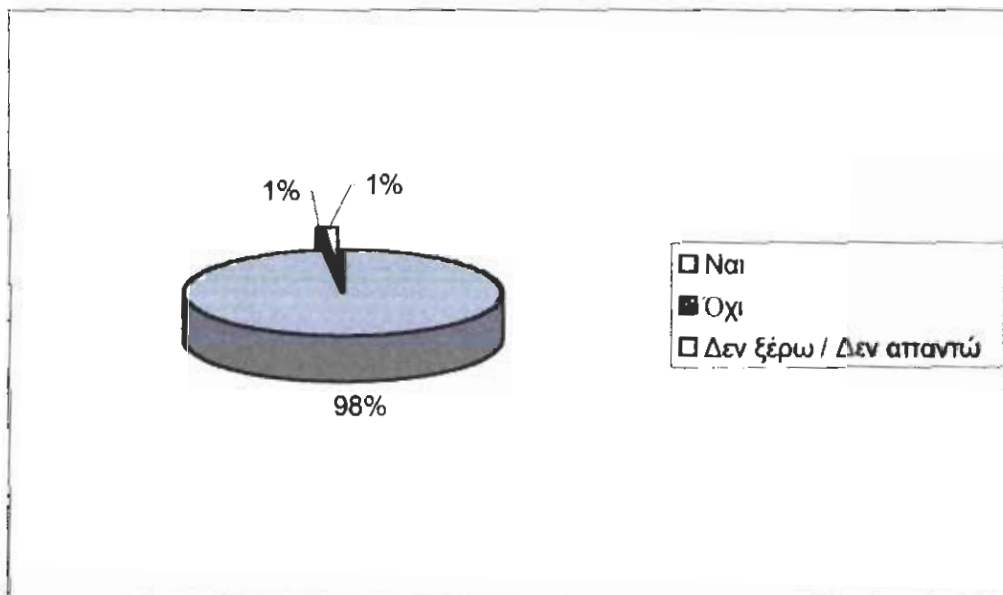


## Ερώτηση 8

Πίνακας 8: Κατανομή των απαντήσεων των 290 ατόμων στην ερώτηση: «Γνωρίζετε ότι υπάρχουν επικίνδυνες ώρες κατά τις οποίες πρέπει να αποφεύγεται η έκθεσή σας στον ήλιο;»

Γνωρίζετε ότι υπάρχουν επικίνδυνες ώρες κατά τις οποίες πρέπει να αποφεύγεται η έκθεσή σας στον ήλιο;	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Ναι	98
Όχι	1
Δεν ξέρω / Δεν απαντώ	1

Σχήμα 8 : Από τους ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό (98%) απάντησε θετικά ενώ αρνητική απάντηση έδωσε μόνο το 1%.

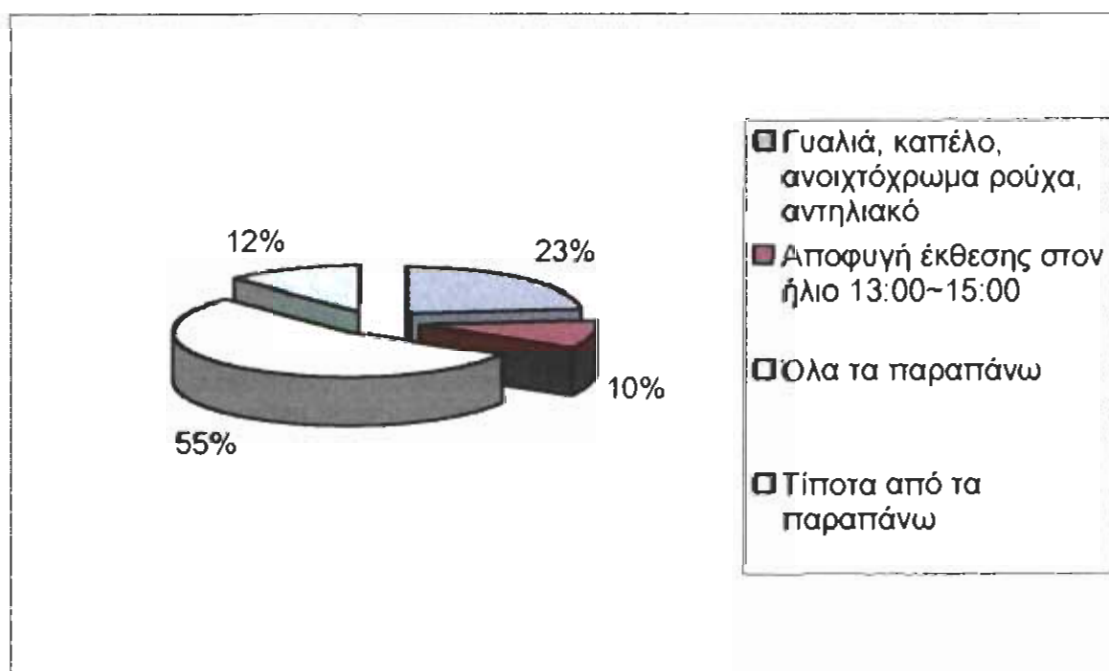


## Ερώτηση 9

Πίνακας 9: Κατανομή των απαντήσεων των 290 ατόμων στην ερώτηση: «Κατά τους καλοκαιρινούς μήνες πρέπει να λαμβάνονται μέτρα προστασίας από τον ήλιο. Ποια από τα παρακάτω ακολουθείτε;»

Κατά τους καλοκαιρινούς μήνες πρέπει να λαμβάνονται μέτρα προστασίας από τον ήλιο. Ποια από τα παρακάτω ακολουθείτε;	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Γυαλιά, καπέλο, ανοιχτόχρωμα ρούχα, αντηλιακό	23
Αποφυγή έκθεσης στον ήλιο 13:00~15:00	10
Όλα τα παραπάνω	55
Τίποτα από τα παραπάνω	12

Σχήμα 9 : Από τους ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό (54%) απάντησε ότι λαμβάνει προστατευτικά μέτρα για τον ήλιο όπως γυαλιά, καπέλο, ανοιχτόχρωμα ρούχα, αντηλιακό αλλά και αποφυγή της έκθεσης στον ήλιο κατά τις ώρες 13:00 – 15:00.

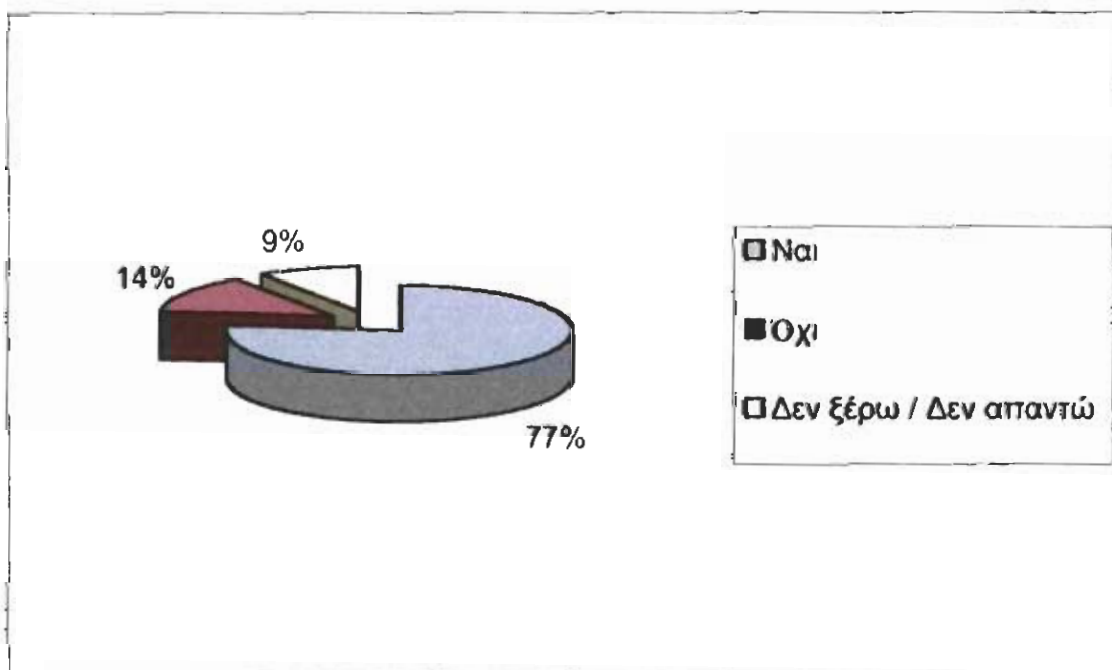


## Ερώτηση 10

Πίνακας 10: Κατανομή των απαντήσεων των 290 ατόμων στην ερώτηση: «Γνωρίζετε ότι το κακόηθες μελάνωμα είναι άμεσα συνδεδεμένο με την έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία;»

Γνωρίζετε ότι το κακόηθες μελάνωμα είναι άμεσα συνδεδεμένο με την έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία;	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Ναι	77
Όχι	14
Δεν ξέρω / Δεν απαντώ	9

Σχήμα 10: Από τους ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό (77%) απάντησε θετικά ενώ αρνητικές απαντήσεις έδωσε το 14 %.

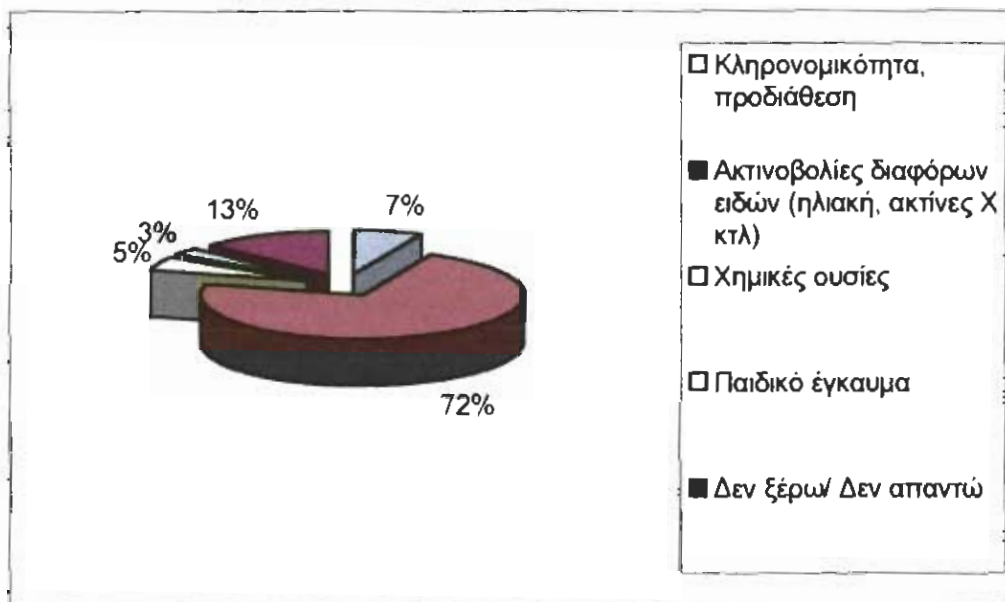


## Ερώτηση 11

Πίνακας 11: Κατανομή των απαντήσεων των 290 ατόμων στην ερώτηση: «Ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες ευθύνονται κατά τη γνώμη σας για την εμφάνιση δερματικού μελανώματος;»

Ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες ευθύνονται κατά τη γνώμη σας για την εμφάνιση δερματικού μελανώματος	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Κληρονομικότητα, προδιάθεση	7
Ακτινοβολίες διαφόρων ειδών (ηλιακή, ακτίνες X κτλ)	71
Χημικές ουσίες	5
Παιδικό έγκαυμα	3
Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	13

Σχήμα 11: Από τους ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό (71%) θεωρεί ενοχοποιητικό παράγοντα για την πρόκληση δερματικού μελανώματος τις ακτινοβολίες διαφόρων ειδών.

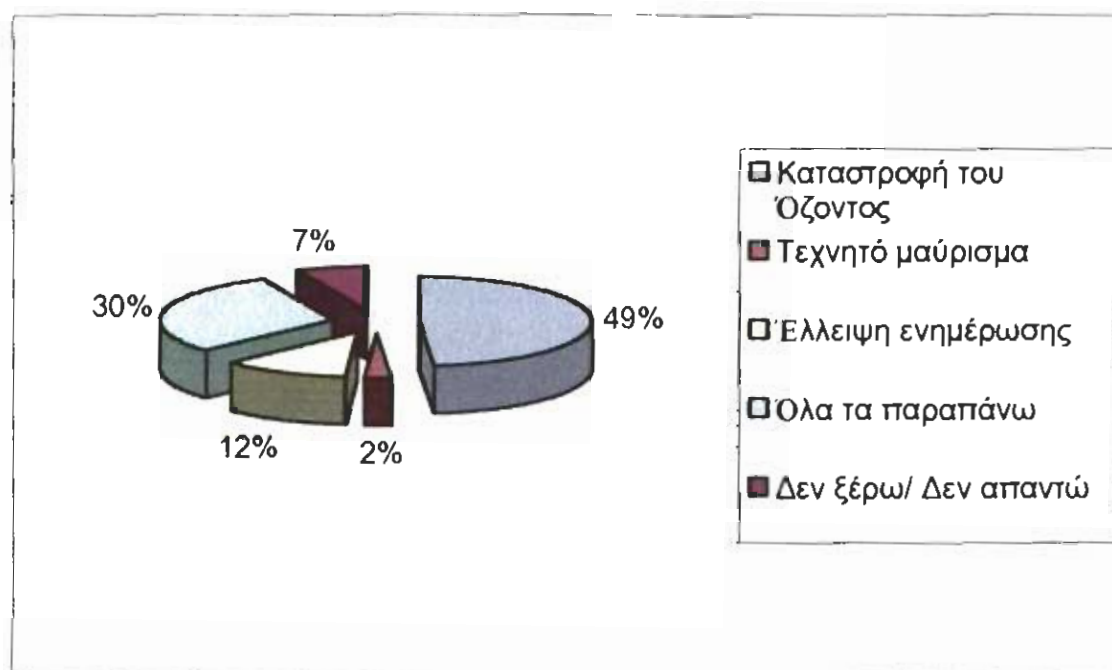


## Ερώτηση 12

Πίνακας 12: Κατανομή των απαντήσεων των 290 ατόμων στην ερώτηση: «Που νομίζετε ότι οφείλεται η ραγδαία αύξηση της εμφάνισης δερματικού μελανώματος τα τελευταία χρόνια;»

Που νομίζετε ότι οφείλεται η ραγδαία αύξηση της εμφάνισης δερματικού μελανώματος τα τελευταία χρόνια ;	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Καταστροφή του Όζοντος	49
Τεχνητό μαύρισμα	2
Έλλειψη ενημέρωσης	12
Όλα τα παραπάνω	30
Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	7

Σχήμα 12: Από τους ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό (49%) θεωρεί υπεύθυνο για την ταχεία εξέλιξη του μελανώματος την καταστροφή του όζοντος.

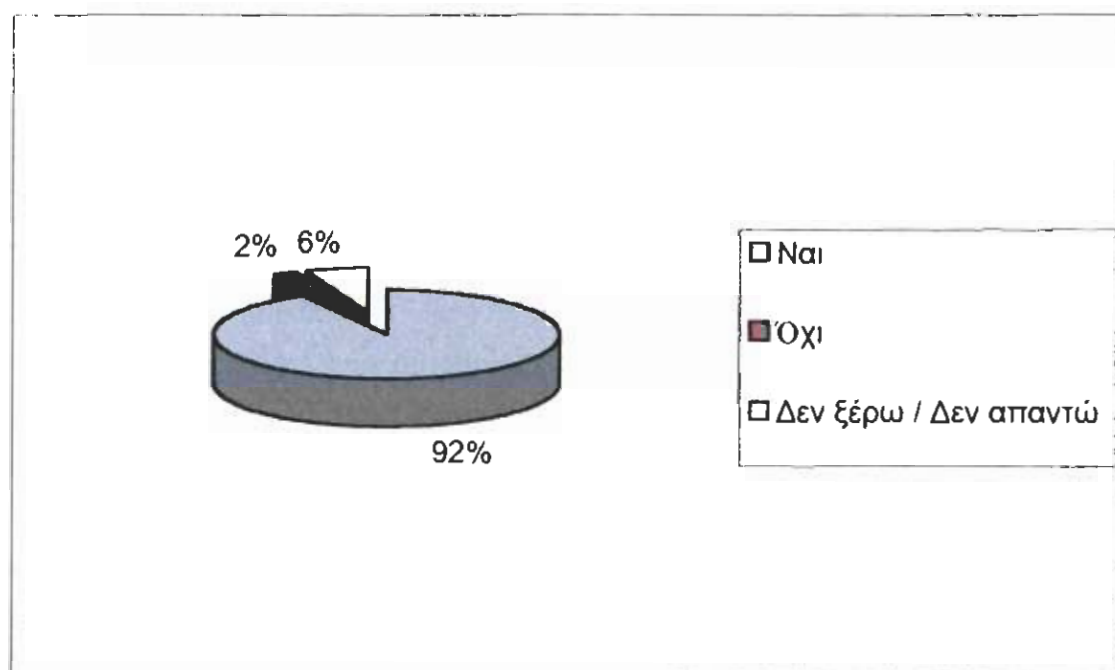


## Ερώτηση 13

Πίνακας 13: Κατανομή των απαντήσεων των 290 ατόμων στην ερώτηση: «Πιστεύετε ότι πρέπει να αυτοεξετάζετε το δέρμα σας για τυχόν βλάβες;»

Πιστεύετε ότι πρέπει να αυτοεξετάζετε το δέρμα σας για τυχόν βλάβες;	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Ναι	92
Όχι	2
Δεν ξέρω / Δεν απαντώ	6

Σχήμα 13: Από τους ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό (92%) απάντησε θετικά στην ερώτηση.



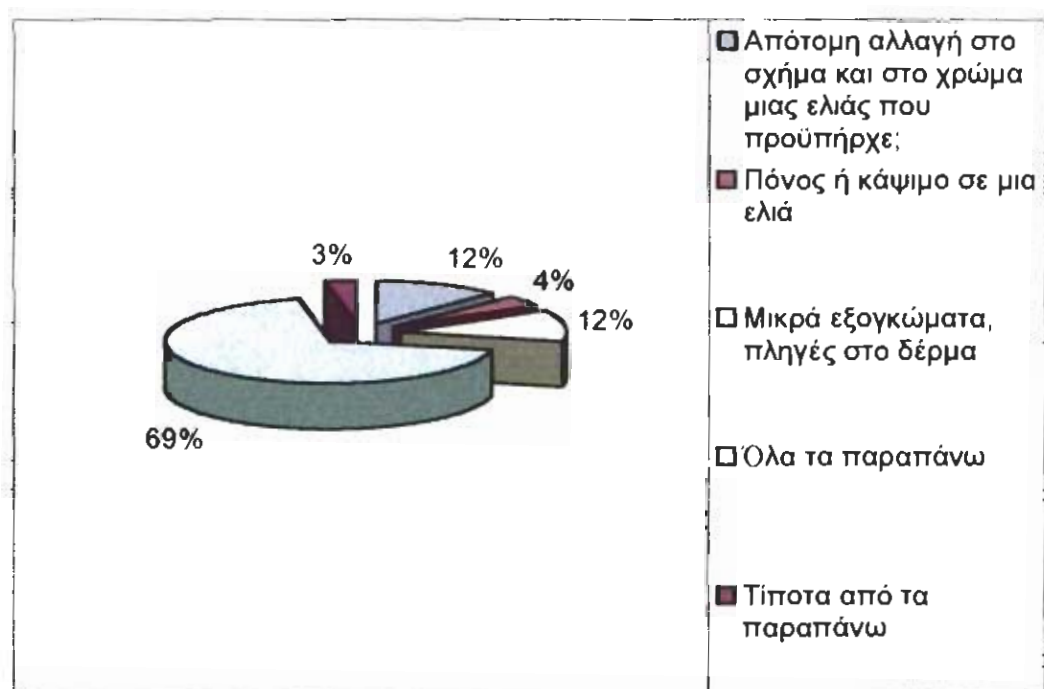


## Ερώτηση 14

Πίνακας 14: Κατανομή των απαντήσεων των 290 ατόμων στην ερώτηση: «Ποια από τα παρακάτω σημεία θα σας οδηγούσαν σε μια επίσκεψη στο δερματολόγο;

Ποια από τα παρακάτω σημεία θα σας οδηγούσαν σε μια επίσκεψη στο δερματολόγο;	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Απότομη αλλαγή στο σχήμα και στο χρώμα μιας ελιάς που προϋπήρχε;	12
Πόνος ή κάψιμο σε μια ελιά	4
Μικρά εξογκώματα, πληγές στο δέρμα	12
Όλα τα παραπάνω	69
Τίποτα από τα παραπάνω	3

Σχήμα 14: Από τους ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό (69%) απάντησε ότι και η απότομη αλλαγή στο σχήμα και χρώμα μιας ελιάς που προϋπήρχε και ο πόνος ή κάψιμο σε μια ελιά αλλά και τα μικρά εξογκώματα, πληγές στο δέρμα θα τους προέτρεπε σε μια επίσκεψη στο δερματολόγο.

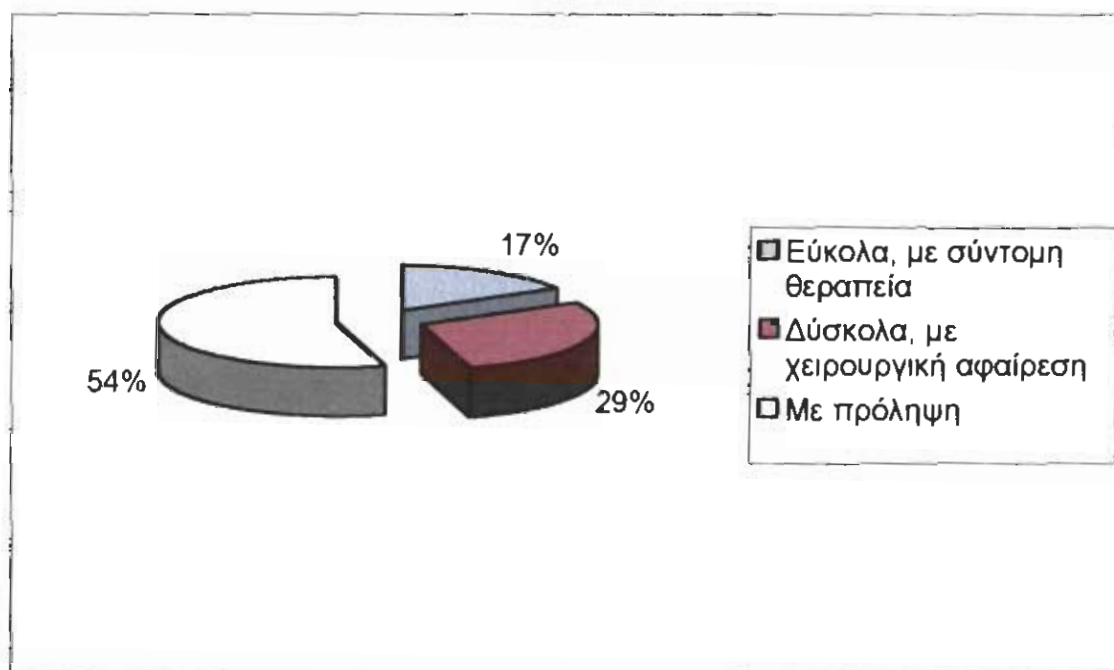


## Ερώτηση 15

Πίνακας 15: Κατανομή των απαντήσεων των 290 ατόμων στην ερώτηση: «Κατά τη γνώμη σας πως αντιμετωπίζεται το μελάνωμα;»

Κατά τη γνώμη σας πως αντιμετωπίζεται το μελάνωμα;	ΠΟΣΟΣΤΑ (%)
Εύκολα, με σύντομη θεραπεία	17
Δύσκολα, με χειρουργική αφαίρεση	29
Με πρόληψη	54

Σχήμα 15: Από τους ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό (54%) απάντησε ότι το μελάνωμα αντιμετωπίζεται με πρόληψη.

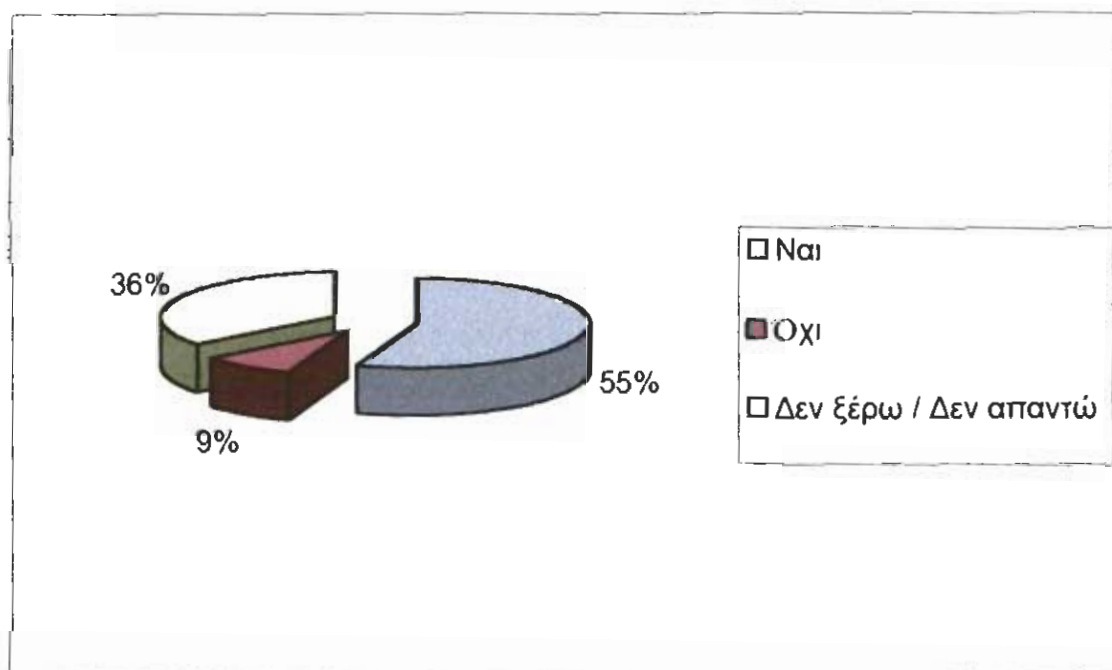


## Ερώτηση 16

Πίνακας 16: Κατανομή των απαντήσεων των 290 ατόμων στην ερώτηση: «Γνωρίζετε ότι μετά την αφαίρεση του μελανώματος υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης;»

Γνωρίζετε ότι μετά την αφαίρεση του μελανώματος υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης;	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Ναι	55
Όχι	9
Δεν ξέρω / Δεν απαντώ	36

Σχήμα 16: Από τους ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό (55%) απάντησε θετικά στην ερώτηση ενώ αρκετά μεγάλο ήταν και το ποσοστό που απάντησε πως δεν γνώριζε (36%).

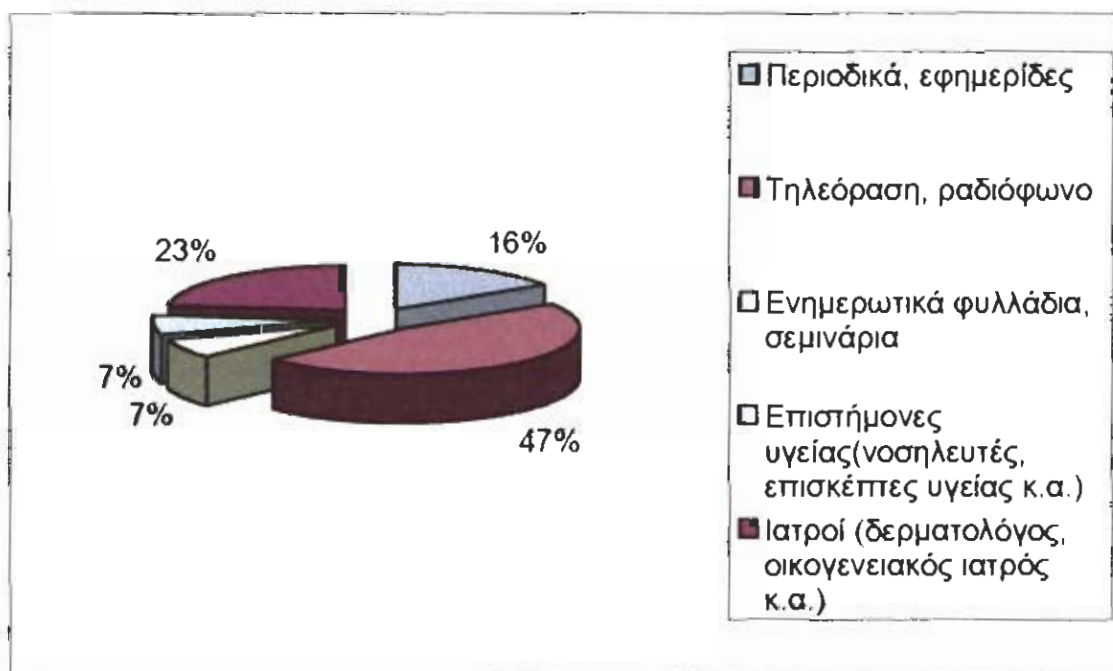


## Ερώτηση 17

Πίνακας 17: Κατανομή των απαντήσεων των 290 ατόμων στην ερώτηση: «Από ποιους ενημερώνεστε για τα προβλήματα που δημιουργεί ο ήλιος;»

Από ποιους ενημερώνεστε για τα προβλήματα που δημιουργεί ο ήλιος;	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Περιοδικά, εφημερίδες	16
Τηλεόραση, ραδιόφωνο	47
Ενημερωτικά φυλλάδια, σεμινάρια	7
Επιστήμονες υγείας(νοσηλεύτες, επισκέπτες υγείας κ.α.)	7
Ιατροί (δερματολόγος, οικογενειακός ιατρός κ.α.)	23

Σχήμα 17: Από τους ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό (47%) απάντησε πως για τους κινδύνους που επιφυλάσσει η έκθεση στον ήλιο ενημερώνεται από την τηλεόραση και το ραδιόφωνο.

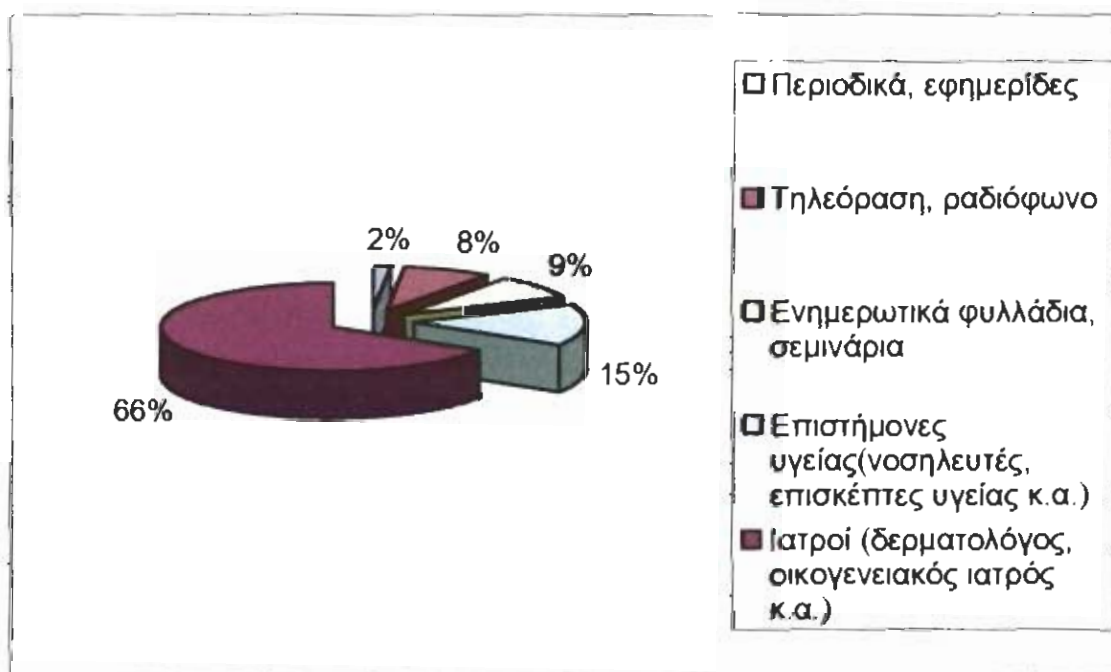


## Ερώτηση 18

Πίνακας 18: Κατανομή των απαντήσεων των 290 ατόμων στην ερώτηση: «Από ποιους πιστεύετε ότι πρέπει να ενημερώνεστε για τα προβλήματα που δημιουργεί ο ήλιος;»

Από ποιους πιστεύετε ότι πρέπει να ενημερώνεστε για τα προβλήματα που δημιουργεί ο ήλιος;	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Περιοδικά, εφημερίδες	2
Τηλεόραση, ραδιόφωνο	8
Ενημερωτικά φυλλάδια, σεμινάρια	9
Επιστήμονες υγείας(νοσηλεύτες, επισκέπτες υγείας κ.α.)	15
Ιατροί (δερματολόγος, οικογενειακός ιατρός κ.α.)	66

Σχήμα 18: Από τους ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό (66%) απάντησε πως για τους κινδύνους που επιφυλάσσει η έκθεση στον ήλιο πρέπει να ενημερώνεται από το ιατρικό προσωπικό αλλά και από το νοσηλευτικό προσωπικό με ποσοστό 15 %.



Τα παραπάνω δημογραφικά δεδομένα διαμορφώθηκαν για καλύτερη ανάλυση ως εξής:

- Η ηλικία χωρίστηκε σε δυο κατηγορίες: α) μικρότερη των 30 ετών, β) μεγαλύτερη των 30 ετών.
- Το επάγγελμα χωρίστηκε σε δυο καινούργιες μεταβλητές με τις εξής υποκατηγορίες αντίστοιχα: αν είναι εργαζόμενος στην ύπαιθρο ή όχι και αν είναι φοιτητής ή όχι.
- Η διαμονή χωρίστηκε σε δυο κατηγορίες : αν είναι στην πόλη ή αλλού.

Οι υπόλοιπες κατηγορίες των ερωτήσεων διαμορφώθηκαν ως εξής:

- Το χρώμα μαλλιών χωρίστηκε σε δυο κατηγορίες : α) αν είναι ανοιχτό, β) σκούρο.
- Το χρώμα οφθαλμών χωρίστηκε σε δυο κατηγορίες : α) αν είναι ανοιχτό, β) σκούρο.

Οι απαντήσεις στην ερώτηση «ποια από τις βλάβες του δέρματος, κατά τη γνώμη σας, οφείλεται στον ήλιο;» χωρίστηκαν σε δυο κατηγορίες : α) εάν απαντήθηκε το δερματικό μελάνωμα, β) άλλο.

Οι απαντήσεις στην ερώτηση «Κατά τους καλοκαιρινούς μήνες πρέπει να λαμβάνονται μέτρα προστασίας από τον ήλιο. Ποια από τα παρακάτω ακολουθείτε;», χωρίστηκαν σε δυο κατηγορίες : α) εάν απαντήθηκε «όλα τα παραπάνω», που σημαίνει καλή ενημέρωση, β) άλλο.

Οι απαντήσεις στην ερώτηση «ποια από τα παρακάτω σημεία θα σας οδηγούσαν σε μια επίσκεψη στο δερματολόγο;», χωρίστηκαν σε δυο κατηγορίες : α) εάν απαντήθηκε «όλα τα παραπάνω», που σημαίνει καλή ενημέρωση, β) άλλο.

Οι απαντήσεις στην ερώτηση «από ποιους ενημερώνεστε για τα προβλήματα που δημιουργεί ο ήλιος;», χωρίστηκαν σε δυο κατηγορίες : α) εάν η ενημέρωση γίνεται από επιστήμονες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές κλπ) , β) μέσα μαζικής ενημέρωσης ή άλλο.

Οι απαντήσεις στην ερώτηση «από ποιους πιστεύετε ότι πρέπει να ενημερώνεστε για τα προβλήματα που δημιουργεί ο ήλιος;», χωρίστηκαν σε δυο κατηγορίες : α) εάν η ενημέρωση γίνεται από επιστήμονες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές κλπ) , β) μέσα μαζικής ενημέρωσης ή άλλο.

Στον πίνακα.2 φαίνονται τα ποσοστά απαντήσεων σε κάθε ερώτηση ανά κατηγορία φύλου.

Έγινε έλεγχος (Pearson chi-square) για το αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο φύλων στις απαντήσεις των ερωτήσεων και βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ( $p\text{-value}=0.045$ ) στις κατηγορίες της ερώτησης για το ποια μέτρα προστασίας πρέπει να λαμβάνονται από τον ήλιο κατά τους καλοκαιρινούς μήνες. Φαίνεται δηλαδή ότι οι

γυναίκες είναι πιο καλά ενημερωμένες από τους άνδρες για τα μέτρα προστασίας από τον ήλιο.

**Πίνακας 2: Ποσοστά απαντήσεων σε κάθε ερώτηση ανά κατηγορία φύλου.**

	ΠΟΣΟΣΤΑ%	
	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Ποιές βλάβες του δέρματος, κατά τη γνώμη σας, οφείλονται στον ήλιο;		
<b>Δερματικό μελάνωμα</b>	35,38	64,62
<b>Άλλο</b>	44,38	55,62
Γνωρίζετε ότι υπάρχουν επικίνδυνες ώρες κατά τις οποίες πρέπει να αποφεύγεται η έκθεσή σας στον ήλιο;		
<b>Ναι</b>	39,79	60,21
<b>Όχι</b>	66,67	33,33
Κατά τους καλοκαιρινούς μήνες πρέπει να λαμβάνονται μέτρα προστασίας από τον ήλιο. Ποια από τα παρακάτω ακολουθείτε;		
<b>Γυαλιά, καπέλο κλπ- Αποφυγή έκθεσης στον ήλιο 13:00~15:00</b>	<b>35,03</b>	<b>64,97</b>
<b>Κάποιο από τα παραπάνω ή τίποτα</b>	46,62	53,38
Γνωρίζετε ότι το κακόηθες μελάνωμα είναι άμεσα συνδεδεμένο με την έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία;		
<b>Ναι</b>	38,29	61,71
<b>Όχι</b>	47,06	52,94
Ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες ευθύνονται κατά τη γνώμη σας για την εμφάνιση δερματικού μελανώματος		
<b>Κληρονομικότητα, προδιάθεση</b>	42,11	57,89
<b>Ακτινοβολίες διαφόρων ειδών (ηλιακή, ακτίνες X κτλ)</b>	39,61	60,39
<b>Χημικές ουσίες</b>	33,33	66,67
<b>Παιδικό έγκαυμα</b>	30,00	70,00
Που νομίζετε ότι οφείλεται η ραγδαία αύξηση της εμφάνισης δερματικού μελανώματος τα τελευταία χρόνια ;		
<b>Καταστροφή του Όζοντος</b>	38,30	61,70
<b>Τεχνητό μαύρισμα</b>	28,57	71,43
<b>Έλλειψη ενημέρωσης</b>	48,57	51,43
<b>Όλα τα παραπάνω</b>	38,64	61,36
Πιστεύετε ότι πρέπει να αυτοεξετάζετε το δέρμα σας για τυχόν βλάβες;		
<b>Ναι</b>	40,45	59,55
<b>Όχι</b>	39,13	60,87
Ποια από τα παρακάτω σημεία θα σας οδηγούσαν σε μια επίσκεψη στο δερματολόγο;		
<b>Απότομη αλλαγή στο σχήμα και στο χρώμα μιας ελιάς που προϋπήρχε;-Πόνος ή κάψιμο σε μια ελιά- Μικρά εξογκώματα, πληγές στο δέρμα - Μικρά εξογκώματα, πληγές στο δέρμα</b>	38,38	61,62
<b>Κάποιο από τα παραπάνω ή τίποτα</b>	44,57	55,43



Κατά τη γνώμη σας πως αντιμετωπίζεται το μελάνωμα;		
<b>Εύκολα, με σύντομη θεραπεία</b>	57,14	42,86
<b>Δύσκολα, με χειρουργική αφαίρεση</b>	36,14	63,86
<b>Με πρόληψη</b>	37,34	62,66
Γνωρίζετε ότι μετά την αφαίρεση του μελανώματος υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης;		
<b>Ναι</b>	37,89	62,11
<b>Όχι</b>	43,41	56,59
Από ποιους ενημερώνεστε για τα προβλήματα που δημιουργεί ο ήλιος;		
<b>επιστήμονες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές κλπ)</b>	37,93	62,07
<b>μέσα μαζικής ενημέρωσης ή άλλο</b>	41,38	58,62
Από ποιους πιστεύετε ότι πρέπει να ενημερώνεστε για τα προβλήματα που δημιουργεί ο ήλιος;		
<b>επιστήμονες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές κλπ)</b>	39,83	60,17
<b>μέσα μαζικής ενημέρωσης ή άλλο</b>	42,59	57,41

Στον πίνακα.3 φαίνονται τα ποσοστά απαντήσεων σε κάθε ερώτηση ανά επίπεδο ηλικίας. Έγινε έλεγχος (Pearson chi-square) για το αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο επιπέδων ηλικίας στις απαντήσεις των ερωτήσεων και βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας 5% (  $p\_value=0.021$ ) στις κατηγορίες απαντήσεων της ερώτησης που αφορά την αντιμετώπιση του μελάνωματος, όπως και στις κατηγορίες απαντήσεων της ερώτησης που αφορά το από πού ενημερώνονται για τα προβλήματα που δημιουργεί ο ήλιος (  $p\_value=0,05$ ).

**Πίνακας 3: Ποσοστά απαντήσεων σε κάθε ερώτηση ανά επίπεδο ηλικίας.**

	ΠΟΣΟΣΤΑ%	
	< 30	> 30
Ποιές βλάβες του δέρματος, κατά τη γνώμη σας, οφείλονται στον ήλιο:		
<b>Δερματικό μελάνωμα</b>	66,15	33,85
<b>Άλλο</b>	60,00	40,00
Γνωρίζετε ότι υπάρχουν επικίνδυνες ώρες κατά τις οποίες πρέπει να αποφεύγεται η έκθεσή σας στον ήλιο:		
<b>Ναι</b>	63,03	36,97
<b>Όχι</b>	50,00	50,00
Κατά τους καλοκαιρινούς μήνες πρέπει να λαμβάνονται μέτρα προστασίας από τον ήλιο. Ποια από τα παρακάτω ακολουθείτε:		
<b>Γυαλιά, καπέλο κλπ- Αποφυγή έκθεσης στον ήλιο 13:00~15:00</b>	60,51	39,49
<b>Κάποιο από τα παραπάνω ή τίποτα</b>	65,41	34,59
Γνωρίζετε ότι το κακόηθες μελάνωμα είναι άμεσα συνδεδεμένο με την έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία:		
<b>Ναι</b>	59,91	40,09
<b>Όχι</b>	72,06	27,94
Ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες ευθύνονται κατά τη γνώμη σας για την εμφάνιση δερματικού μελάνωματος		
<b>Κληρονομικότητα, προδιάθεση</b>	57,89	42,11
<b>Ακτινοβολίες διαφόρων ειδών (ηλιακή, ακτίνες X κτλ)</b>	62,80	37,20
<b>Χημικές ουσίες</b>	66,67	33,33
<b>Παιδικό έγκαυμα</b>	70,00	30,00
Που νομίζετε ότι οφείλεται η ραγδαία αύξηση της εμφάνισης δερματικού μελάνωματος τα τελευταία χρόνια :		
<b>Καταστροφή του Οζοντος</b>	60,28	39,72
<b>Τεχνητό μαύρισμα</b>	57,14	42,86
<b>Έλλειψη ενημέρωσης</b>	74,29	25,71
<b>Όλα τα παραπάνω</b>	61,36	38,64
Πιστεύετε ότι πρέπει να αυτοεξετάζετε το δέρμα σας για τυχόν βλάβες:		
<b>Ναι</b>	64,04	35,96

<b>Όχι</b>	47,83	52,17
Ποια από τα παρακάτω σημεία θα σας οδηγούσαν σε μια επίσκεψη στο δερματολόγο;		
<b>Απότομη αλλαγή στο σχήμα και στο χρώμα μιας ελιάς που προϋπήρχε;-Πόνος ή κάψιμο σε μια ελιά- Μικρά εξογκώματα, πληγές στο δέρμα - Μικρά εξογκώματα, πληγές στο δέρμα</b>	64,65	35,35
<b>Κάποιο από τα παραπάνω ή τίποτα</b>	58,70	41,30
Κατά τη γνώμη σας πως αντιμετωπίζεται το μελάνωμα;		
<b>Εύκολα, με σύντομη θεραπεία</b>	46,94	53,06
<b>Δύσκολα, με χειρουργική αφαίρεση</b>	71,08	28,92
<b>Με πρόληψη</b>	63,29	36,71
Γνωρίζετε ότι μετά την αφαίρεση του μελανώματος υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης;		
<b>Ναι</b>	63,98	36,02
<b>Όχι</b>	61,24	38,76
Από ποιους ενημερώνετε για τα προβλήματα που δημιουργεί ο ήλιος;		
<b>επιστήμονες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές κλπ)</b>	71,26	28,74
<b>μέσα μαζικής ενημέρωσης ή άλλο</b>	59,11	40,89
Από ποιους πιστεύετε ότι πρέπει να ενημερώνετε για τα προβλήματα που δημιουργεί ο ήλιος;		
<b>επιστήμονες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές κλπ)</b>	63,56	36,44
<b>μέσα μαζικής ενημέρωσης ή άλλο</b>	59,26	40,74

Έγινε έλεγχος (Pearson chi-square) για το αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ατόμων που έχουν ανοιχτό χρώμα μαλλιών και αυτών που έχουν σκούρο, σε όλες τις κατηγορίες των απαντήσεων και βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας 5% σε καμιά κατηγορία ερώτησης. Επίσης καμιά διαφορά δεν βρέθηκε μεταξύ των ατόμων που έχουν ανοιχτό χρώμα οφθαλμών και αυτών που έχουν σκούρο, όπως και μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών επαγγέλματος.

Στον πίνακα.4 φαίνονται τα ποσοστά απαντήσεων σε κάθε ερώτηση ανά τόπο διαμονής (πόλη ή αλλού). Έγινε έλεγχος (Pearson chi-square) για το αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τόπων διαμονής στις απαντήσεις των ερωτήσεων και βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ( $p\_value=0.046$ ) στις κατηγορίες απαντήσεων της ερώτησης για το αν πρέπει να αυτοεξετάζουν το δέρμα για τυχόν βλάβες.

**Πίνακας 4: Ποσοστά απαντήσεων σε κάθε ερώτηση ανά επίπεδο ηλικίας.**

	ΠΟΣΟΣΤΑ%	
	ΠΟΛΗ	ΑΛΛΟΥ
Ποιές βλάβες του δέρματος, κατά τη γνώμη σας, οφείλονται στον ήλιο:		
<b>Δερματικό μελάνωμα</b>	9,23	90,77
<b>Άλλο</b>	15,62	84,38
Γνωρίζετε ότι υπάρχουν επικίνδυνες ώρες κατά τις οποίες πρέπει να αποφεύγεται η έκθεσή σας στον ήλιο:		
<b>Ναι</b>	12,68	87,32
<b>Όχι</b>	16,67	83,33
Κατά τους καλοκαιρινούς μήνες πρέπει να λαμβάνονται μέτρα προστασίας από τον ήλιο. Ποια από τα παρακάτω ακολουθείτε:		
<b>Γυαλιά, καπέλο κλπ- Αποφυγή έκθεσης στον ήλιο 13:00~15:00</b>	8,28	91,72
<b>Κάποιο από τα παραπάνω ή τίποτα</b>	18,05	81,95
Γνωρίζετε ότι το κακόηθες μελάνωμα είναι άμεσα συνδεδεμένο με την έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία:		
<b>Ναι</b>	12,61	87,39
<b>Όχι</b>	13,24	86,76
Ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες ευθύνονται κατά τη γνώμη σας για την εμφάνιση δερματικού μελανώματος		
<b>Κληρονομικότητα, προδιάθεση</b>	26,32	73,68
<b>Ακτινοβολίες διαφόρων ειδών (ηλιακή, ακτίνες X κτλ)</b>	11,59	88,41
<b>Χημικές ουσίες</b>	20,00	80,00
<b>Παιδικό έγκαυμα</b>	30,00	70,00
Που νομίζετε ότι οφείλεται η ραγδαία αύξηση της εμφάνισης δερματικού μελανώματος τα τελευταία χρόνια :		

Καταστροφή του Όζοντος	12,77	87,23
Τεχνητό μαύρισμα	28,57	71,43
Έλλειψη ενημέρωσης	5,71	94,29
<b>Όλα τα παραπάνω</b>	13,64	86,36
Πιστεύετε ότι πρέπει να αυτοεξετάζετε το δέρμα σας για τυχόν βλάβες:		
<b>Ναι</b>	11,61	88,39
<b>Όχι</b>	26,09	73,91
Ποια από τα παρακάτω σημεία θα σας οδηγούσαν σε μια επίσκεψη στο δερματολόγο;		
Απότομη αλλαγή στο σχήμα και στο χρώμα μιας ελιάς που προϋπήρχε;-Πόνος ή κάψιμο σε μια ελιά- Μικρά εξογκώματα, πληγές στο δέρμα - Μικρά εξογκώματα, <b>πληγές στο δέρμα</b>	11,62	88,38
<b>Κάποιο από τα παραπάνω ή τίποτα</b>	15,22	84,78
Κατά τη γνώμη σας πως αντιμετωπίζεται το μελάνωμα:		
<b>Εύκολα, με σύντομη θεραπεία</b>	20,41	79,59
<b>Δύσκολα, με χειρουργική αφαίρεση</b>	12,05	87,95
<b>Με πρόληψη</b>	10,76	89,24
Γνωρίζετε ότι μετά την αφαίρεση του μελανώματος υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης:		
<b>Ναι</b>	15,53	84,47
<b>Όχι</b>	9,30	90,70
Από ποιους ενημερώνεστε για τα προβλήματα που δημιουργεί ο ήλιος:		
<b>επιστήμονες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές κλπ)</b>	11,49	88,51
<b>μέσα μαζικής ενημέρωσης ή άλλο</b>	13,30	86,70
Από ποιους πιστεύετε ότι πρέπει να ενημερώνεστε για τα προβλήματα που δημιουργεί ο ήλιος:		
<b>επιστήμονες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές κλπ)</b>	11,44	88,56
<b>μέσα μαζικής ενημέρωσης ή άλλο</b>	18,52	81,48

Στη συνέχεια δημιουργήθηκε λογιστικό μοντέλο με εξαρτημένη μεταβλητή την ερώτηση για το αν πρέπει οι ερωτηθέντες να αυτοεξετάζουν το δέρμα τους, όπου βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση με τον τόπο διαμονής και το αν τα άτομα εργάζονται στην ύπαιθρο ή όχι. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα 5.

**Πίνακας 5: Λογιστικό μοντέλο παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το αν πρέπει να γίνεται αυτοεξέταση του δέρματος.**

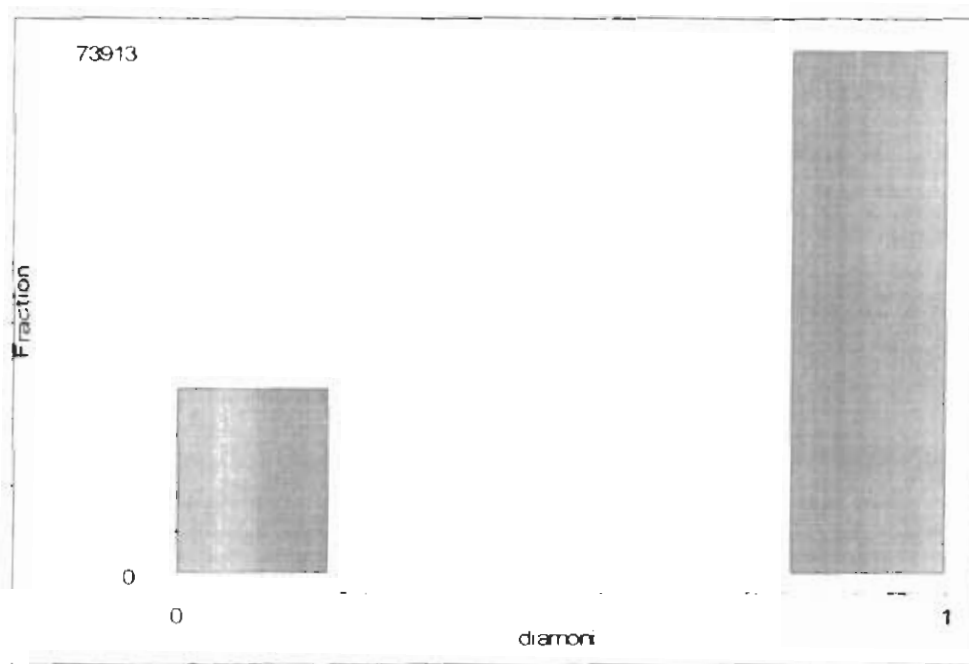
	Odds Ratio	Std. Err.	P_value	[95% Conf. Interval]
διαμονή	3,00	1,69	0,050	[0,99 9,06]
επάγγελμα	3,03	1,43	0,019	[1,20 7,67]

Std.err. → τυπικό σφάλμα, 95% Conf. Interval → 95% διάστημα εμπιστοσύνης, Odds Ratio → λόγος των Odds.

Τα άτομα που διαμένουν σε πόλη είναι 3 φορές πιο πιθανό από αυτούς που διαμένουν σε χωριό, βουνό ή νησί να απαντήσουν θετικά στην ερώτηση αν πρέπει να γίνεται αυτοεξέταση του δέρματος, από το να απαντήσουν αρνητικά. Επιπλέον, τα άτομα που δεν εργάζονται στην ύπαιθρο είναι 3 φορές πιο πιθανό, σε σχέση με αυτούς που εργάζονται στην ύπαιθρο, να απαντήσουν θετικά στην ερώτηση αν πρέπει να γίνεται αυτοεξέταση του δέρματος, από το να απαντήσουν αρνητικά.

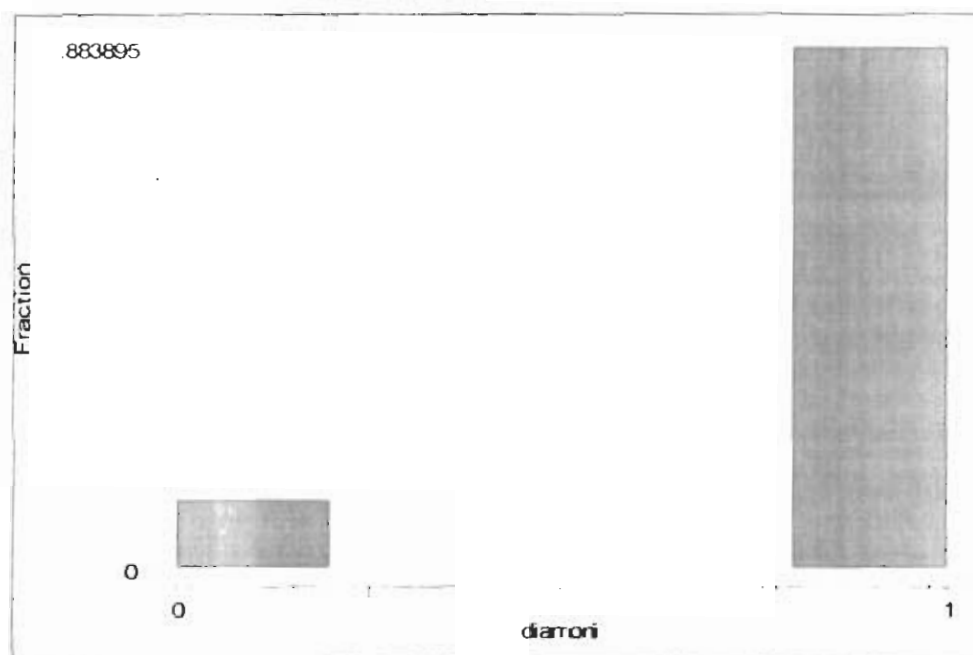
Ακολουθεί γράφημα της διαμονής (0=-χωριό,νησί,βουνό και 1=πόλη) με τις αρνητικές απαντήσεις της ερώτησης αν πρέπει να γίνεται αυτοεξέταση του δέρματος.

**Γράφημα1. διαμονή-αρνητική απάντηση στο αν πρέπει να γίνεται αυτοεξέταση του δέρματος**



Ακολουθεί γράφημα της διαμονής (0=χωριο,νησί,βουνό και 1=πόλη) με τις θετικές απαντήσεις της ερώτησης αν πρέπει να γίνεται αυτοεξέταση του δέρματος .

**Γράφημα2. διαμονή-θετική απάντηση στο αν πρέπει να γίνεται αυτοεξέταση του δέρματος**



*Βλέπουμε από τα παραπάνω γραφήματα ότι τα άτομα που δεν διαμένουν σε πόλη είναι λιγότερο ενημερωμένα όσον αφορά την αυτοεξέταση του δέρματος.*

Ακολουθεί λογιστικό μοντέλο παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την ερώτηση για το αν υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης του μελανώματος, όπου βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση με τον τόπο διαμονής και το αν τα άτομα είναι φοιτητές ή όχι, με το αν ενημερώνονται από επιστήμονες υγείας ή όχι. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα 6.

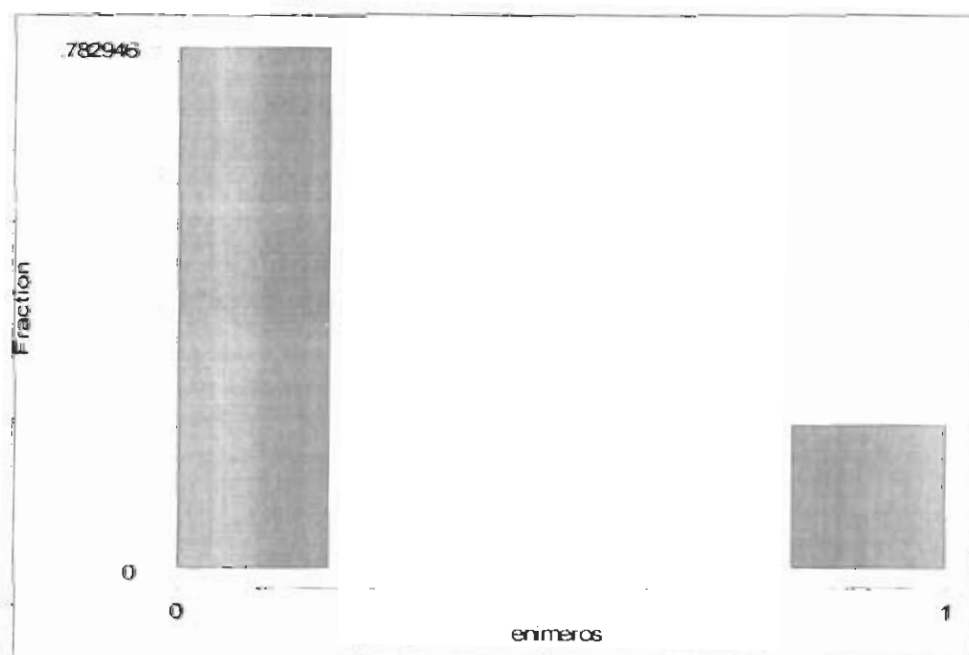
**Πίνακας 6: Λογιστικό μοντέλο παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το αν υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης του μελανώματος.**

	Odds Ratio	Std. Err.	P value	[95% Conf. Interval]
Διαμονή	0,36	0,16	0,023	[0,15 0,86]
Φοιτητές, μαθητές ή όχι	1,94	0,55	0,020	[1,11 3,41]
Ενημέρωση	1,86	0,55	0,037	[1,03 3,47]

Std.err. → τοπικό σφάλμα, 95% Conf. Interval → 95% διάστημα εμπιστοσύνης, Odds Ratio → λόγος των Odds.

Ακολουθεί γράφημα της ενημέρωσης (0==ΜΜΕ και 1= επιστήμονες υγείας) με τις αρνητικές απαντήσεις της ερώτησης αν υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης του μελανώματος.

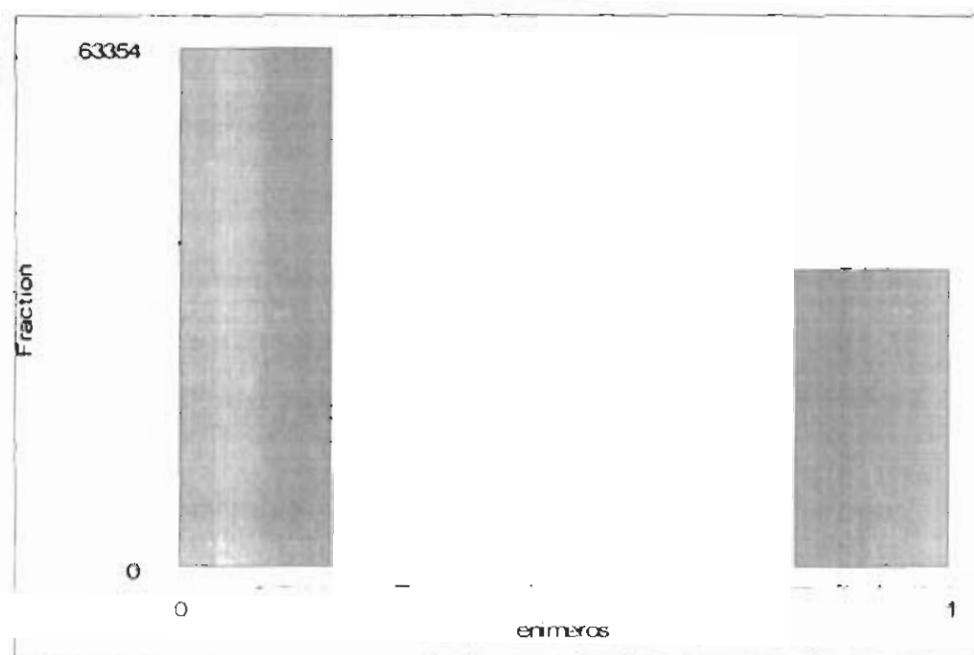
**Γράφημα 3. ενημέρωση-αρνητική απάντηση στο αν υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης του μελανώματος.**





Ακολουθεί γράφημα της ενημέρωσης (0==ΜΜΕ και 1== επιστήμονες υγείας) με τις θετικές απαντήσεις της ερώτησης αν υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης του μελανώματος.

**Γράφημα4. ενημέρωση-θετική απάντηση στο αν υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης του μελανώματος.**



*Είναι φανερό ότι τα ποσοστά αυτών που απαντούν θετικά είναι σαφώς μεγαλύτερα, όταν η ενημέρωση γίνεται από επιστήμονες υγείας.*

Τα άτομα που διαμένουν σε πόλη είναι 64% λιγότερο πιθανό από αυτούς που διαμένουν σε χωριό, βουνό ή νησί να απαντήσουν θετικά στην ερώτηση αν υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης του μελανώματος, από το να απαντήσουν αρνητικά. Ακόμη, τα άτομα που είναι φοιτητές, μαθητές είναι σχεδόν 2 φορές πιο πιθανό σε σχέση με τα άτομα που δεν είναι φοιτητές, μαθητές να απαντήσουν θετικά στην ερώτηση αν υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης του μελανώματος, από το να απαντήσουν αρνητικά. Έξω, αυτοί που ενημερώνονται από επιστήμονες υγείας είναι 1.86 φορές πιο πιθανό σε σχέση με αυτούς που ενημερώνονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης να απαντήσουν θετικά στην ερώτηση αν υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης του μελανώματος, από το να απαντήσουν αρνητικά..

Ακολουθεί λογιστικό μοντέλο παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την ερώτηση για το αν τα άτομα γνωρίζουν ότι το κακόηθες μελάνωμα είναι άμεσα συνδεδεμένο με την έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία, όπου βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση με το αν γνωρίζουν ότι υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης, με το αν τα άτομα είναι φοιτητές, μαθητές ή όχι, με το αν έχουν απαντήσει ή όχι στην ερώτηση ποιες βλάβες οφείλονται στον ήλιο και με το αν είναι πλήρως ενημερωμένοι για τα μέτρα προστασίας από τον ήλιο ή όχι. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα 7.

**Πίνακας 7: Λογιστικό μοντέλο παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το αν γνωρίζουν ότι το κακόηθες μελάνωμα είναι άμεσα συνδεδεμένο με την έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία ή όχι.**

	Odds Ratio	Std. Err.	P_value	[95% Conf. Interval]
Κίνδυνος επανεμφάνισης	8,34	3,07	0,000	[4,05 17,17]
Φοιτητές, μαθητές ή όχι	0,38	0,13	0,005	[0,19 0,74]
Μέτρα προστασίας	2,18	0,73	0,021	[1,12 4,23]
Βλάβες που οφείλονται στον ήλιο	2,73	0,96	0,004	[1,37 5,44]

Std.err. → τυπικό σφάλμα, 95% Conf. Interval → 95% διάστημα εμπιστοσύνης, Odds Ratio → λόγος των Odds.

Τα άτομα που γνωρίζουν ότι υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης του μελανώματος είναι πιο πιθανό κατά 8,34 φορές σε σχέση με τα άτομα που δεν γνωρίζουν ότι υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης να απαντήσουν ότι το κακόηθες μελάνωμα είναι άμεσα συνδεδεμένο με την έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία από ότι να απαντήσουν αρνητικά. Ακόμη τα άτομα που είναι φοιτητές, μαθητές είναι 62% λιγότερο πιθανό σε σχέση με τα άτομα που δεν είναι φοιτητές, μαθητές να απαντήσουν ότι το κακόηθες μελάνωμα είναι άμεσα συνδεδεμένο με την έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία από ότι να απαντήσουν αρνητικά. Επιπλέον, τα άτομα που είναι πλήρως ενημερωμένα για τα μέτρα προστασίας από τον ήλιο είναι 2,18 πιο πιθανό, σε σχέση με αυτά που δεν είναι πλήρως ενημερωμένα να απαντήσουν ότι το κακόηθες μελάνωμα είναι άμεσα συνδεδεμένο με την έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία από ότι να απαντήσουν αρνητικά. Τέλος, τα άτομα που έχουν απαντήσει στην ερώτηση ποιες βλάβες οφείλονται στον ήλιο είναι 2,73 φορές πιο πιθανό σε σχέση με αυτούς που απάντησαν κάτι άλλο να απαντήσουν ότι το κακόηθες μελάνωμα είναι άμεσα συνδεδεμένο με την έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία από ότι να απαντήσουν αρνητικά.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:**

Η παρούσα ερευνητική μελέτη διεξήχθη με σκοπό, όπως προαναφέρθηκε να επισημανθεί ο βαθμός γνώσης και ευαισθητοποίησης των υγιών ατόμων απέναντι στα μέτρα πρόληψης από την ηλιακή ακτινοβολία προς αποφυγή του δερματικού μελάνωματος. Οι τιμές και τα αποτελέσματα που θα εξάγαμε προσδοκούσαμε να αποτελέσουν προτροπή και κίνητρο για τους νοσηλευτές κοινοτικούς και κλινικούς ώστε να συμμετάσχουν και αυτοί στην όλη προσπάθεια για την πρόληψη της νόσου.

Εξαιτίας των ελάχιστων παρόμοιων μελετών στον ελλαδικό χώρο είναι αδύνατη η σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας εργασίας με άλλες.

Ανάλογες μελέτες, όμως έχουν λάβει χώρα σε πολλές χώρες του εξωτερικού. Για παράδειγμα στην Αιλιάντα πραγματοποιήθηκε μια έρευνα για την ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με το μελάνωμα από το Αμερικανικό Κέντρο Πρόληψης και ελέγχου των νοσημάτων (CDC). Τα αποτελέσματα ήταν αρκετά αισιόδοξα καθώς υπήρχε ικανοποιητικό επίπεδο γνώσης και των κινδύνων της παρατεταμένης έκθεσης στον ήλιο αλλά και της σπουδαιότητας της χρήσης αντηλιακού. Παρ' όλα αυτά στην ίδια περιοχή οι θάνατοι από μελάνωμα αυξήθηκαν κατά 34%. Η συντονίστρια του προγράμματος πρόληψης αναφέρει ως αίτιο αυτής της αύξησης την τάση των ατόμων για ψυχαγωγία και άθληση σε ανοιχτούς χώρους κάτω από τον ήλιο και την τάση για ατέλειωτες ώρες ηλιοθεραπείας.

Το ίδιο φαίνεται να συμβαίνει και στην δική μας έρευνα. Μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων απαντά πως αναγνωρίζει το μελάνωμα ως επικίνδυνη ασθένεια που προκαλείται από τον ήλιο ενώ η συντριπτική πλειοψηφία γνωρίζει τις ώρες που δεν πρέπει να εκτίθεται στον ήλιο. Ακόμη, δεν είναι λίγοι αυτοί που απάντησαν ότι λαμβάνουν αρκετά μέτρα προφύλαξης όταν εκτίθενται στην ηλιακή ακτινοβολία και επίσης πολλοί συμμερίζονται την άποψη για αυτοεξέταση του δέρματος. Όσον αφορά την συσχέτιση ηλιακής ακτινοβολίας και μελάνωματος αλλά και τη συσχέτιση τρύπας του όζοντος και αύξηση της επίπτωσης του μελάνωματος ήταν σχεδόν όλοι ενήμεροι.

Σωστά ενημερωμένοι όμως φαίνεται να είναι και για τα ύποπτα σημεία που θα τους οδηγούσαν σε μια επίσκεψη στον δερματολόγο αλλά και για την θεραπεία του μελάνωματος. Τέλος, οι ερωτώμενοι απάντησαν ότι κοινωνικός της ενημέρωσης που έχουν είναι η τηλεόραση και το ραδιόφωνο αλλά θα ήθελαν να έχουν ενημερωθεί από επιστήμονες υγείας.

Συσχετίζοντας τις απαντήσεις και λαμβάνοντας υπόψη όλους τους παράγοντες που μελετήθηκαν προκύπτει ότι η γνώση του κόσμου για το δερματικό μελάνωμα και τα μέτρα προφύλαξης μειώνονται όταν τα άτομα διαμένουν σε χωριό, βουνό ή νησί, όταν τα άτομα εργάζονται στην ύπαιθρο και όταν δεν ενημερώνονται από επιστήμονες υγείας.

Ακόμη, φαίνεται σε μερικά θέματα (όπως κίνδυνος επανεμφάνισης του μελάνωματος) να είναι πιο ενημερωμένα άτομα μικρότερης ηλικίας, ιδιαίτερα φοιτητές ή σπουδαστές, ενώ από την άλλη εμφανίζεται μεγάλο κενό γνώσης σε βασικά θέματα όπως κακόηθες μελάνωμα-υπεριώδης ακτινοβολία, γεγονός που υποδηλώνει ότι χρειάζεται πλήρης και σωστή ενημέρωση των ατόμων όλων των ηλικιών.

Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην ενημέρωση των ατόμων που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές ή δουλεύουν στην ύπαιθρο, αφού ανήκουν και στις ομάδες υψηλού κινδύνου λόγω της συχνότερης έκθεσής τους στον ήλιο.

Βασικό αποτέλεσμα της μελέτης είναι ότι υπάρχει μικρό ποσοστό σωστά ενημερωμένων ατόμων, ατόμων δηλαδή που συμβουλευονται επιστήμονες υγείας. Αυτό σηματοδοτεί την ανάγκη για περισσότερη και πληρέστερη ενημέρωση του

κόσμου για σοβαρά θέματα υγείας, όπως το δερματικό μελάνομα, έτσι ώστε να υπάρξει μεγαλύτερη πρόληψη και προσοχή για την έγκαιρη αντιμετώπισή του.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Τα συμπεράσματα που εξάγονται από την παρούσα έρευνα είναι τα ακόλουθα:

1. Από τους ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό (60%) είναι γυναίκες.
2. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (34%) ανήκει στις ηλικίες μεταξύ 18 - 30.
3. Από τους ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό (39%) ήταν φοιτητές ή μαθητές.
4. Ακόμη το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (87%) είχαν ως μόνιμο τόπο διαμονής την πόλη.
5. Από τους ερωτηθέντες μεγάλο ποσοστό (64%) είχε καστανό χρώμα μαλλιών.
6. Από τους ερωτηθέντες μεγάλο ποσοστό (71%) είχε καστανό χρώμα οφθαλμών.
7. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (45%) απάντησε ότι θεωρεί το μελάνωμα την κύρια δερματική βλάβη που προκαλεί ο ήλιος.
8. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (98%) απάντησε πως γνωρίζει ότι υπάρχουν ώρες που πρέπει να αποφεύγει την έκθεση στον ήλιο.
9. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (55%) μέσα από τις απαντήσεις που έδωσαν δείχνουν να λαμβάνουν όλα τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης στις καλοκαιρινές εξορμήσεις τους.
10. Από τους ερωτηθέντες μεγάλο ποσοστό (77%) απάντησε πως το δερματικό μελάνωμα συσχετίζεται με την ηλιακή ακτινοβολία.
11. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (71%) μέσα από τις απαντήσεις που έδωσαν υποδεικνύει ως κύριο αιτιολογικό παράγοντα της νόσου τις ακτινοβολίες.
12. Από τους ερωτηθέντες μεγάλο ποσοστό (49%) θεωρεί ως υπαίτιο της αύξησης της επίπτωσης του μελανώματος την καταστροφή του στρατοσφαιρικού όζοντος.
13. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (92%) θεωρεί πως πρέπει να αυτοεξετάζουμε το δέρμα μας για τυχόν δερματικές βλάβες.
14. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (69%) μέσα από τις απαντήσεις που έδωσαν δείχνει να γνωρίζει τα ύποπτα σημεία που πρέπει να μας οδηγούν σε επίσκεψη στον δερματολόγο.
15. Από τους ερωτηθέντες μεγάλο ποσοστό (54%) θεωρεί ότι το δερματικό μελάνωμα προλαμβάνεται.
16. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (55%) απάντησε πως γνωρίζει ότι μετά την αφαίρεση του μελανώματος υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης.

17. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (47%) μέσα από τις απαντήσεις που έδωσαν, ενημερώνεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για τους κινδύνους που κρύβει η ηλιακή ακτινοβολία.
18. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων μέσα από τις απαντήσεις που έδωσαν, θα ήθελε να ενημερώνεται από επιστήμονες υγείας (66% από γιατρούς και 15% από νοσηλεύτες).
19. Στις δυο κατηγορίες ηλικίας (<30 και >30) έγινε στατιστικός έλεγχος και αποδείχθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας 5% (  $p$  value =0.021) στις κατηγορίες απαντήσεων της ερώτησης που αφορά την αντιμετώπιση του μελάνωματος, όπως και στις κατηγορίες απαντήσεων της ερώτησης που αφορά το από πού ενημερώνονται για τα προβλήματα που δημιουργεί ο ήλιος (  $p$  value=0.05).
20. Έγινε στατιστικός έλεγχος για το αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ατόμων που έχουν ανοιχτό χρώμα μαλλιών και αυτών που έχουν σκούρο, σε όλες τις κατηγορίες των απαντήσεων και βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας 5% σε καμιά κατηγορία ερώτησης.
21. Επίσης καμιά διαφορά δεν βρέθηκε μεταξύ των ατόμων που έχουν ανοιχτό χρώμα οσθαλμών και αυτών που έχουν σκούρο, όπως και μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών επαγγέλματος.
22. Έγινε έλεγχος για το αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τόπων διαμονής στις απαντήσεις των ερωτήσεων και βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας 5% (  $p$  value=0.046) στις κατηγορίες απαντήσεων της ερώτησης για το αν πρέπει να αυτοεξετάζουν το δέρμα για τυχόν βλάβες.
23. Τα άτομα που διαμένουν σε πόλη είναι 3 φορές πιο πιθανό από αυτούς που διαμένουν σε χωριό, βουνό ή νησί να απαντήσουν θετικά στην ερώτηση αν πρέπει να γίνεται αυτοεξέταση του δέρματος, από το να απαντήσουν αρνητικά. Επιπλέον, τα άτομα που δεν εργάζονται στην ύπαιθρο είναι 3 φορές πιο πιθανό, σε σχέση με αυτούς που εργάζονται στην ύπαιθρο, να απαντήσουν θετικά στην ερώτηση αν πρέπει να γίνεται αυτοεξέταση του δέρματος, από το να απαντήσουν αρνητικά.
24. Στην ερώτηση για το αν υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης του μελάνωματος βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση με τον τόπο διαμονής και το αν τα άτομα είναι φοιτητές ή όχι, με το αν ενημερώνονται από επιστήμονες υγείας ή όχι.
25. Τα άτομα που διαμένουν σε πόλη είναι 64% λιγότερο πιθανό από αυτούς που διαμένουν σε χωριό, βουνό ή νησί να απαντήσουν θετικά στην ερώτηση αν υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης του μελάνωματος, από το να απαντήσουν αρνητικά. Ακόμη, τα άτομα που είναι φοιτητές, μαθητές είναι σχεδόν 2 φορές πιο πιθανό σε σχέση με τα άτομα που δεν είναι φοιτητές, μαθητές να απαντήσουν θετικά στην ερώτηση αν υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης του μελάνωματος, από το να απαντήσουν αρνητικά. Έξω, αυτοί που ενημερώνονται από επιστήμονες υγείας είναι 1.86 φορές πιο πιθανό σε σχέση με αυτούς που ενημερώνονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης να

απαντήσουν θετικά στην ερώτηση αν υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης του μελάνωματος, από το να απαντήσουν αρνητικά..

26. Για άτομα που γνωρίζουν ότι υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης του μελάνωματος είναι πιο πιθανό κατά 8.34 φορές σε σχέση με τα άτομα που δεν γνωρίζουν ότι υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης να απαντήσουν ότι το κακόηθες μελάνωμα είναι άμεσα συνδεδεμένο με την έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία από ότι να απαντήσουν αρνητικά.

27. Ακόμη τα άτομα που είναι φοιτητές, μαθητές είναι 62% λιγότερο πιθανό σε σχέση με τα άτομα που δεν είναι φοιτητές, μαθητές να απαντήσουν ότι το κακόηθες μελάνωμα είναι άμεσα συνδεδεμένο με την έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία από ότι να απαντήσουν αρνητικά..

28. Επιπλέον, τα άτομα που είναι πλήρως ενημερωμένα για τα μέτρα προστασίας από τον ήλιο είναι 2.18 πιο πιθανό, σε σχέση με αυτά που δεν είναι πλήρως ενημερωμένα να απαντήσουν ότι το κακόηθες μελάνωμα είναι άμεσα συνδεδεμένο με την έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία από ότι να απαντήσουν αρνητικά.

29. Τέλος, τα άτομα που έχουν απαντήσει στην ερώτηση ποιες βλάβες οφείλονται στον ήλιο είναι 2.73 φορές πιο πιθανό σε σχέση με αυτούς που απάντησαν κάτι άλλο να απαντήσουν ότι το κακόηθες μελάνωμα είναι άμεσα συνδεδεμένο με την έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία από ότι να απαντήσουν αρνητικά

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ανακεφαλαιώνοντας τα συμπεράσματα της εργασίας αυτής θα προσπαθήσουμε να κάνουμε κάποιες προτάσεις που αφορούν τόσο την πολιτεία όσο και εμάς τους νοσηλευτές.

- 1 Οι δημοτικές αρχές πρέπει να ευαισθητοποιηθούν σε θέματα πρόληψης και ενημέρωσης των πολιτών.
- 2 Ενημερωτικά φυλλάδια μπορούν να διανέμονται στα πλέον πολυσύχναστα μέρη των δήμων ( αγορές, καταστήματα κ.α ) ή να αποστέλλονται στις διευθύνσεις των εγγεγραμμένων πολιτών.
- 3 Οι δημοτικοί ραδιοσταθμοί μπορούν να ενημερώνουν με ομιλίες από ειδικούς για όσα είναι απαραίτητο να γνωρίζει το κοινό για την επικινδυνότητα των δερματικών βλαβών.
- 4 Διαφημιστικές αφίσες μπορούν να αναρτηθούν στα μέσα μαζικής μεταφοράς καθώς και στις γειτονιές ( αφισοκόλληση από τα συνεργεία του δήμου ).
- 5 Ακόμα η πολιτεία μπορεί να βοηθήσει με τη σωστή εκπαίδευση και ενημέρωση των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού με την οργάνωση ενημερωτικών μαθημάτων στα σχολεία, με τη μείωση χρήσης γλωφοθορανθράκων, τη μείωση των ραντισμάτων, την αύξηση του πρασίνου και τη χρησιμοποίηση εναλλακτικών μορφών ενέργειας.
- 6 Η περιοδική εξέταση των ατόμων υψηλού κινδύνου επί ετήσιας τουλάχιστον βάσης είναι απαραίτητη.
- 7 Οι νοσηλευτές πρέπει να αποτελούν μέλος των όποιων προγραμμάτων πρόληψης.
- 8 Στις σχολές νοσηλευτικής πρέπει να δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην πρόληψη.



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το κακόηθες μελάνωμα αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα νεοπλασμάτα αλλά ταυτόχρονα και μέγιστο φορτίο για τους υπεύθυνους της δημόσιας υγείας καθώς επιβάλλεται η επιστημονική ενημέρωση του κοινού με προγράμματα πρόληψης. Τη χρονιά που διανύουμε υπολογίζεται ότι 20.000-40.000 νέες περιπτώσεις *in situ* μελανώματος θα διαγνωσθούν μόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Επιπλέον το μελάνωμα είναι από τα λίγα νεοπλασμάτα που εξακολουθούν να έχουν αυξημένη επίπτωση. Τη δεκαετία του 1940 η πιθανότητα να αναπτύξει κάποιος μελάνωμα ήταν 1:1500. Σήμερα είναι 1:75. Το ίδιο ισχύει και για τη θνησιμότητα καθώς αυξάνεται κατά 2% κάθε χρόνο από το 1960. Τη χρονιά που διανύουμε υπολογίζεται πως 7.700 άτομα θα χάσουν τη ζωή τους από το μελάνωμα. Η επιβίωση των πασχόντων συνδέεται με την έγκαιρη διάγνωση. Τα *in situ* (επιδερμικά μελανώματα) δεν έχουν κίνδυνο θανάτου ενώ τα λεπτού πάχους έχουν λίγες πιθανότητες να δώσουν μετάσταση. Η 5ετής επιβίωση για τους ασθενείς με πρώιμο μελάνωμα (>1mm) αγγίζει το ποσοστό του 94%, αντίθετα με τα μελανώματα <3mm που το ποσοστό είναι 50%. Παρά την αυξανόμενη επίπτωση υπάρχει μια αξιοσημείωτη αύξηση στους δείκτες επιβίωσης που το 1940 ήταν 40% ενώ τώρα ξεπερνά το 90%. Η θνησιμότητα όμως παραμένει ανησυχητική, αναπόφευκτο αποτέλεσμα της συνεχώς αυξανόμενης επίπτωσης. Ακόμη, το μελάνωμα είναι μια σημαντικά θανατηφόρα μελανοκυτταρική νεοπλασία με προοπτικές για μακρινές μεταστάσεις. Η έγκαιρη διάγνωση και η οριστική θεραπεία είναι απαραίτητες για να μηδενίσουν τον κίνδυνο μετάστασης. Το μελάνωμα μπορεί θεωρητικά να προληφθεί με απλές αλλαγές στη συμπεριφορά. Η έμφαση πρέπει να δοθεί στην πρόληψη μέσω της ενημέρωσης και εκπαίδευσης των επιστημόνων υγείας αλλά και του κοινού όπως και στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία μέσω της κλινικής εξέτασης και αυτοεξέτασης. Στον αιώνα που μόλις ξεκίνησε πρέπει να δοθεί στο μελάνωμα η σπουδαιότητα που του αρμόζει.

Μέσα από την ερευνητική προσπάθεια που έγινε διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που μένουν σε μικρές κοινωνίες δεν έχουν πλήρη ενημέρωση για τους τρόπους προφύλαξης από το μελάνωμα. Επίσης η ενημέρωση από άτομα που δεν ανήκουν στην επιστημονική ομάδα φαίνεται να μην είναι ικανοποιητική. Το αισιόδοξο μήνυμα έρχεται από την διαπίστωση ότι τα άτομα νεότερης ηλικίας είναι καλύτερα ενημερωμένα.

### **SUMMARY**

Malignant melanoma is one of the most significant neoplasms but at the same time it is the biggest burden for the persons in charge of public health. It is also imposed the scientific briefing of public with programs of prevention. This year it is estimated that 20.000-40.000 cases of in situ melanoma will be newly diagnosed only in the United States of America. Melanoma is also one of the few remaining cancers with an increasing incidence rate. In the 1940s the lifetime risk of somebody developing malignant melanoma was 1 in 1500. Currently, that risk is 1 in 74. Deaths from melanoma are also increasing. The mortality rate from malignant melanoma has risen about 2% annually since 1960. This year it is estimated that 7.700 persons will die from the melanoma. Survival of patients with malignant melanoma is directly related to early detection. Melanoma that is confined to the epidermis (in-situ) carries no risk of death and a thin lesion carries very little risk of metastatic spread. The 5 year survival rate for patients with early melanoma (> 1mm) is 94% and for patients with melanomas < 3mm is 50%. Despite rising incidence, there has been a remarkable increase in the of the five year survival rate, from approximately 40% in the 1940s to almost 90% now. The death rate of malignant melanoma continues to climb as a result of exponential results in incidence. Melanoma is an important lethal melanocytic neoplasm with a propensity for distant metastasis. Early detection and definite treatment are necessary to minimize the risk of metastatic disease. The melanoma may be theoretically preventable with simple behavioural changes. Emphasis should be given on prevention via the briefing and education of scientists of health but also on early diagnosis and treatment via the clinical examination and self-examination of the skin. In the century that hardly began we should give to melanoma the importance that it deserves. Through the inquiring effort that we have done, it was realised that persons who remain in small societies do not have complete briefing on the ways of precaution from the melanoma. Also the briefing from persons who do not belong in a scientific team appears to be not satisfactory. The optimistic message comes from the ascertainment that the individuals of newer age are better informed

# **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

**Βιβλιογραφία**

1. Αποστολίδης Α., Βασιλόπουλος Π., Λιαρικός Σ., Φιλόπουλος Ε. «Γο κακόηθες μελάνωμα », Εκδόσεις Πασχαλίδης, Επίτομος, Αθήνα, 1996, σελ.9-10, 18- 24
2. [www.iatronet.gr/HTMLpages/MainPages/YgiaNosoi/NosoiDermatos/asth\\_der\\_matica\\_iliiother6.html](http://www.iatronet.gr/HTMLpages/MainPages/YgiaNosoi/NosoiDermatos/asth_der_matica_iliiother6.html)
3. Αποστολίδης Ν. , Πανουσόπουλος Δ. «Πρότυπα πρωτοπαθών κακοηθών όγκων», Εκδόσεις Επτάλοφος, Επίτομος, Αθήνα . 1999, σελ 34-37,42-43,47-51
4. Μπατιστάτου Άννα: «Δυσπλαστικοί Σπίλοι», Αρχεία Παθολογικής Ανατομικής, Τόμος 14, Παράρτημα 3, Αθήνα, 2000, σελ.72-77
5. Παναγιωτίδης Ι. «Σπίλοι και δερματικό μελάνωμα», Αρχεία Παθολογικής Ανατομικής, Τόμος 14, Παράρτημα 3, Αθήνα, 2000, σελ. 67-71
6. Pollinger M., Rosenbaum E., Cable G. «Ο καρκίνος – διάγνωση, πρόληψη, θεραπεία ,καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους », Μετάφραση Μαθάς Χ., Λαμπόπουλος Σ., Αναγνωστοπούλου- Λάσα Β., Εκδόσεις Κάτοπτρο, Επίτομος, Αθήνα, 1999, σελ. 576-583
7. Στρατηγός Ι. «Καρκίνος δέρματος», Περιοδικό Cα Μ' ενδιαφέρει , Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Επανέκδοση Τεύχος 2, Ιούνιος-Ιούλιος 1993, Αθήνα, σελ.10-11
8. [www.edac.gr/cancers.html](http://www.edac.gr/cancers.html)
9. [www.iatronet.gr/HTMLpages/MainPages/YgiaNosoi/NosoiDermatos/ΠιiosDerm](http://www.iatronet.gr/HTMLpages/MainPages/YgiaNosoi/NosoiDermatos/ΠιiosDerm)
- 10 [www.iatronet.gr/htmlpages/mainpages/ygianosoi/nosoidermatos/asth\\_dermatika](http://www.iatronet.gr/htmlpages/mainpages/ygianosoi/nosoidermatos/asth_dermatika)
11. Schuchter L. « Melanoma and other skin neoplasms», Current Opinion in Oncology, Volume 9, Number 2, March 1997, Philadelphia, p.175-177
12. Odom R., James W., BerGet T.«Andrew's diseases of the skin–Clinical dermatology », Ninth Edition, USA,2000, p.881-888
13. Δελίδης Γ. «Σύνοψη παθολογικής ανατομικής», Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα, 2001, σελ. 433-440
14. Χατζής Ι.«Βασική Δερματολογία -Αφροδισιολογία», Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας . Τόμος Β, Αθήνα,1994,σελ.497-506
15. Στρατηγός Α.«Επίδημιολογία δερματικού μελανώματος και η σχέση του με τον ήλιο», Αρχεία Παθολογικής Ανατομικής, Τόμος 14, Παράρτημα 3, Αθήνα, 2000 σελ. 9-13
16. Armstrong B., Krieker A.«Skin Cancer », Dermatologic clinics, Volume 13, Number 3, July 1995, Philadelphia, p.583-586
17. Στρατηγός Ι.«Κακόηθες μελάνωμα -πρώιμη διάγνωση και προγνωστικοί δείκτες», Ιατρική, Τόμος 65, Τεύχος 4, Μάρτιος 1994, Αθήνα, σελ. 242-253
18. Strom S., Yamamura Y.«Epidemiology of nonmelanoma skin cancer», Clinics in plastic surgery, Volume 24, Number 4, October 1997, Philadelphia, p. 627-633
19. Μπαφαλούκος Δ.«Μελάνωμα και κύηση», Ιατρική, Τόμος 69, Τεύχος 5, Μάιος 1996, Αθήνα, σελ. 483-486

20. Κόκκαλης Γ. «Καρκίνος του δέρματος και μελάνωμα – Πρόληψη – Μέτρα προστασίας – πληθυσμιακός προληπτικός έλεγχος (screening)». Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 2001, σελ. 183-196
21. Βαλαβανίδης Α. «Κακοήθεις νεοπλασίες στον άνθρωπο και περιβαλλοντικοί παράγοντες ». Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 2001, σελ. 25-35
22. [www.iatronet.gr/HTMLpages/MainPages/YgiaNosoi/NosoiDermatos/IliosDerm](http://www.iatronet.gr/HTMLpages/MainPages/YgiaNosoi/NosoiDermatos/IliosDerm)
23. Βαλαβανίδης Α. «Υπεριώδης ακτινοβολία και καρκίνος δέρματος εκτίμηση του κινδύνου από την έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία και την μείωση του στρατοσφαιρικού όζοντος», Περιβάλλον και κακοήθεις νεοπλασίες, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2000, σελ. 183-196
24. Αθανασίου Ε. «Υπεριώδης ακτινοβολία και κακοήθεις μελάνωμα », Achieves of Hellenic medicine, Τόμος 14, Τεύχος 6, Αθήνα, 1997, σελ. 596-597
25. Τριχίλης Ε. «Περιβάλλον και καρκίνος δέρματος », Σεμινάριο νοσηλευτικής με θέμα περιβάλλον και καρκίνος δέρματος, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 1991, σελ. 107-110
26. Οικονόμου Γ. «Καρκίνος δέρματος », Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τόμος Α, Αθήνα, 2002, σελ. 49-58
27. [www.cancer.org/docroot/cr1/content/cr1\\_z\\_4\\_2x\\_what\\_are\\_the\\_risk\\_factors\\_for](http://www.cancer.org/docroot/cr1/content/cr1_z_4_2x_what_are_the_risk_factors_for)
28. [www.melanoma.gr/keimeno.html](http://www.melanoma.gr/keimeno.html)
29. [www.dermatology.cdlib.org/DOJvol13num21melanoma/melanoma.html](http://www.dermatology.cdlib.org/DOJvol13num21melanoma/melanoma.html)
30. Νivier Α. «Δερματολογία στην πράξη », Επιστημονικές εκδόσεις Γρ.Παρισιάνου, Επίτομος, Αθήνα, 1997, σελ.36-38
31. Κατσάμπας Α. «Μαθήματα δερματολογίας και αφροδισιολογίας », Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Επίτομος, Αθήνα, 2001, σελ. 36-38
32. Σπηλιώτης Ι. «Καρκίνος –από την άγνοια ... στο φόβο», Λχαικές εκδόσεις, Επίτομος, Πάτρα, 1999, σελ. 405-410
33. [www.med.uth.gr/gr/asklipios/1.htm](http://www.med.uth.gr/gr/asklipios/1.htm)
34. [www.edac.gr/spiloi.htm](http://www.edac.gr/spiloi.htm)
35. [www.northstar.k12.ak.us/schools/tan/hls/physical/jenniferd.html](http://www.northstar.k12.ak.us/schools/tan/hls/physical/jenniferd.html)
36. [www.skincancer.org/melanoma/diagnosis.html](http://www.skincancer.org/melanoma/diagnosis.html)
37. Κατσάμπας Α. «Θεραπευτική των δερματικών νοσημάτων-Ευρωπαϊκός οδηγός », Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Επίτομος, Αθήνα, 2001, σελ. 293-300
38. [www.fmatrix.ucdavis.edu/tumors/new/tutorial1.html](http://www.fmatrix.ucdavis.edu/tumors/new/tutorial1.html)
39. Rigel D., Carucci J. «Malignant melanoma, prevention, early detection and treatment in the 21<sup>st</sup> century », CA –A cancer journal for clinicians, American cancer society, Volume 50, Number 4, New York, July- August 2000, p. 215-236
40. [www.iatrikh.gr/sites/derma/patients/mm.htm](http://www.iatrikh.gr/sites/derma/patients/mm.htm)
41. [www.edac.gr/mm.htm](http://www.edac.gr/mm.htm)

42. Φραγκιά Κ. «Προγνωστικής Λξίας Παράμετροι στο Μελάνωμα». Αρχεία Παθολογικής Ανατομικής, Τόμος 14, Παράρτημα 3, Αθήνα, 2000, σελ. 97-102
43. Duncan L., Deeds J., Cronin F., Donovan M., Sober A., Kaufman M., McCarthy J.«Melastatin expression and prognosis in coetaneous melanoma», Journal of clinical oncology, Volume 19, Number 2, January 2001, USA, p. 568-576
44. Πατηράκη Ε., Χριστοπούλου Ι.«Εκπαίδευση των νοσηλευτών στην πρόληψη του καρκίνου», Πρακτικά συνεδρίου Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση για καλύτερη αντιμετώπιση του καρκίνου, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική εταιρεία και international union against cancer, Αθήνα, 2001, σελ. 277-286
45. Koh H., Geller A., Miller D., Lew R.«The Current Status of Melanoma. Early Detection and Screening», Dermatological Clinics, Volume 13, Number 3, July 1995, Philadelphia, p. 623-632
46. Πορφύρης Ε., Γεωργίου Π.« Μαζική εξέταση πληθυσμού για πρόιμη διάγνωση δερματικών κακοηθειών », Ιατρική , Τόμος 72, Τεύχος 4, Οκτώβριος 1997, Αθήνα, σελ. 355-359
47. [www.telemedicine.org/sundam/sundam2.4.2.html](http://www.telemedicine.org/sundam/sundam2.4.2.html)
48. [www.edae.gr/il\\_aktin.htm](http://www.edae.gr/il_aktin.htm)
49. [www.edae.gr/ozon.htm](http://www.edae.gr/ozon.htm)
50. [www.cancer.org/docroot/cric/content/cric\\_2\\_4\\_2x\\_can\\_melanoma\\_be\\_prevented](http://www.cancer.org/docroot/cric/content/cric_2_4_2x_can_melanoma_be_prevented)
51. Κορδιόλης Ν. «Από το δωδεκάλογο κατά του καρκίνου του Αριστοτέλη Κούλη, στο δεκάλογο της ΕΟΚ», Ελληνική Ογκολογία, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τόμος 31, Τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1995, Αθήνα, σελ.: 81-85
52. [www.derm.ubc.ca/skintherapy/st10250.html](http://www.derm.ubc.ca/skintherapy/st10250.html)
53. [www.med.uth.gr/gr/asklipios/1.html](http://www.med.uth.gr/gr/asklipios/1.html)
54. Φιλόπουλος Ε.: «Είναι καυτός, ήλιος καλοκαιρινός μα δυστυχώς...», Μ' ενδιαφέρει, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τεύχος 15, Μάιος-Ιούνιος 2000, Αθήνα, σελ.: 20-28
55. [www.iatronet.gr/ITMI/pages/MainPages/YgiaNosoi/NosoiDermatos/IliosDerm...](http://www.iatronet.gr/ITMI/pages/MainPages/YgiaNosoi/NosoiDermatos/IliosDerm...)
56. [www.skincarephysicians.com/melanomanet/self\\_exam.html](http://www.skincarephysicians.com/melanomanet/self_exam.html)
57. [www.dermnetnz.org/dna.sse/sse.html](http://www.dermnetnz.org/dna.sse/sse.html)
58. Haagedoorn E., Oldhoff J.: «Βασικές Γνώσεις Ογκολογίας», Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα, Επίτομος, Αθήνα, 1994, σελ.:81-90
59. Ιωάννοβιτς Ι.: «Χειρουργική Αντιμετώπιση του Δερματικού Μελανώματος», Αρχεία Παθολογικής Ανατομικής-, Τόμος 14 , Παράρτημα 3, Αθήνα, 2000, σελ.15-20
60. Μπριασούλης Ε., Τόλης Χ.: «Νεότερες εξελίξεις στην θεραπεία του μελανώματος»,Βήμα κλινικής ογκολογίας, Τόμος 2, Τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1999,Αθήνα, σελ. 117-127
61. Πολύζος Α., Παπαδόπουλος Ο.: «Εξελίξεις στη χειρουργική σταδιοποίηση και προφυλακτική θεραπεία των μελανωμάτων », Ιατρική, Τόμος 73, Τεύχος 5, Αθήνα, 1998, σελ.420-424
62. Φιλόπουλος Ε.: «Ανίχνευση του λεμφαδένα φρουρού»,Ογκολογική Ενημέρωση, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τόμος 4, Τεύχος 2, Απρίλιος -Ιούνιος 2002, Αθήνα,σελ.

63. Σγούρας Ν.: «Κακήθες μελάνωμα και λεμφαδενικός καθαρισμός »Επιμορφωτικό σεμινάριο ογκολογίας ,Γ.Π.Ν.Α Μεταξά, Πειραιάς, 1992,σελ.90-96
64. Φιλόπουλος Ε.: «Οι ενδιάμεσοι αδένες στο μελάνωμα»,Ογκολογική Ενημέρωση, Τόμος 3, Τεύχος 3, Ιούλιος - Σεπτέμβριος 2001,σελ.
65. Φιλόπουλος Ε.: «Συστάσεις για μεταθεραπευτική παρακολούθηση ασθενών με μελάνωμα σταδίου Ι και ΙΙΙ»,Ογκολογική Ενημέρωση, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τόμος 2, Τεύχος 1, Ιανουάριος - Μάρτιος 2000,σελ.11
66. Μπαφαλούκος Δ.: «Χημειοθεραπεία και Μελάνωμα» , Αρχεία Παθολογικής Ανατομικής , Τόμος 14 , Παράρτημα 3 ,Αθήνα , 2000,σελ.34-36
67. Μπαρμπουνής Β.: «Η χημειοθεραπεία του μεταστατικού μελανώματος »Ελληνική ογκολογία, Τόμος 31, Τεύχος 3, Ιούλιος –Σεπτέμβριος 1995,Αθήνα,σελ.143-147
68. Οικονόμου Γ.: «Καρκίνος του δέρματος »Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας ,Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Τόμος Α, Αθήνα,2002,σελ.49-58
69. Agarwala S., Kirkwood J.: « Interferons in Melanoma», Current opinion in Oncology, Volume 8, Number 2, March, 1996, Philadelphia,p.167-174
70. [www.melanoma.gr/keimeno.html](http://www.melanoma.gr/keimeno.html)
71. Γκόγκα Ελένη: «Ανοσοθεραπεία και Μελάνωμα» , Αρχεία Παθολογικής Ανατομικής , Τόμος 14 , Παράρτημα 3 ,Αθήνα , 2000,σελ.30-33
72. Κοτταρίδης Σ.: «Μη συμβατική θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου. Γονιδιακή θεραπεία-εμβόλια», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας ,Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα,2000,σελ.45-49
73. Σκάρλος Δημοσθένης: « Εμβόλια και Μελάνωμα» , Αρχεία Παθολογικής Ανατομικής , Τόμος 14 , Παράρτημα 3 ,Αθήνα , 2000,σελ.38-43

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**



Στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας με θέμα: «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του δερματικού μελανώματος – Νοσηλευτική προσέγγιση», παραθέτουμε το παρακάτω ερωτηματολόγιο προσδοκώντας να συλλέξουμε πληροφορίες, με τη δική σας συμβολή, ώστε να διευκρινιστεί το επίπεδο της γνώσης και της ευαισθητοποίησης των υγιών ατόμων όσον αφορά τα μέτρα πρόληψης. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Σας ευχαριστούμε για τη βοήθειά σας.

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Φύλο

Άρρεν  Θήλυ

2. Ηλικία 0 – 18

18 – 30

30 – 50

50 και άνω

S

3. Επάγγελμα Εργαζόμενος/η στην ύπαιθρο (αγρότες,εργάτες,κτλ)   
 Εργαζόμενος/η σε κλειστό χώρο (υπάλληλοι γραφείου, κτλ )   
 Άνεργος/η   
 Μαθητής/τρια, φοιτητής/τρια   
 Άλλο.....

4. Μόνιμος Τόπος Διαμονής Χωριό

Πόλη

Βουνό

Νησί

5. Χρώμα μαλλιών (Φυσικό) Μαύρο

Καστανό

Ξανθό

Κόκκινο

6. Χρώμα οφθαλμών Μαύρο

Καφέ

Πράσινο

Γαλάζιο

7. Ποια από τις παρακάτω βλάβες του δέρματος, κατά τη γνώμη σας, οφείλεται στον ήλιο;
- α) Έγκαυμα
- β) Γήρανση
- γ) Δερματικό μελάνωμα
- δ) Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
8. Γνωρίζετε ότι υπάρχουν επικίνδυνες ώρες κατά τις οποίες πρέπει να αποφεύγεται η έκθεσή σας στον ήλιο;
- α) Ναι
- β) Όχι
- γ) Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
9. Κατά τους καλοκαιρινούς μήνες πρέπει να λαμβάνονται μέτρα προστασίας από τον ήλιο. Ποια από τα παρακάτω ακολουθείτε;
- α) Γυαλιά, καπέλο, ανοιχτόχρωμα ρούχα, αντηλιακό
- β) Αποφυγή έκθεσης στον ήλιο 13:00~15:00
- γ) Όλα τα παραπάνω
- δ) Τίποτα από τα παραπάνω
10. Γνωρίζετε ότι το κακόηθες μελάνωμα είναι άμεσα συνδεδεμένο με την έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία;
- α) Ναι
- β) Όχι
- γ) Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
11. Ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες ευθύνονται κατά τη γνώμη σας για την εμφάνιση δερματικού μελανώματος
- α) Κληρονομικότητα, προδιάθεση
- β) Ακτινοβολίες διαφόρων ειδών (ηλιακή, ακτίνες X κτλ)
- γ) Χημικές ουσίες
- δ) Παιδικό έγκαυμα
- ε) Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
12. Που νομίζετε ότι οφείλεται η ραγδαία αύξηση της εμφάνισης δερματικού μελανώματος τα τελευταία χρόνια ;
- α) Καταστροφή του Οζοντος
- β) Τεχνητό μαύρισμα
- γ) Έλλειψη ενημέρωσης
- δ) Όλα τα παραπάνω
- ε) Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
13. Πιστεύετε ότι πρέπει να αυτοεξετάζετε το δέρμα σας για τυχόν βλάβες;
- α) Ναι
- β) Όχι
- γ) Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

14. Ποια από τα παρακάτω σημεία θα σας οδηγούσαν σε μια επίσκεψη στο δερματολόγο;

- α) Απότομη αλλαγή στο σχήμα και στο χρώμα μιας ελίας που προϋπήρχε;
- β) Πόνος ή κάψιμο σε μια ελιά
- γ) Μικρά εξογκώματα, πληγές στο δέρμα
- δ) Όλα τα παραπάνω
- ε) Τίποτα από τα παραπάνω

15. Κατά τη γνώμη σας πως αντιμετωπίζεται το μελάνωμα;

- α) Εύκολα, με σύντομη θεραπεία
- β) Δύσκολα, με χειρουργική αφαίρεση
- γ) Με πρόληψη

16. Γνωρίζετε ότι μετά την αφαίρεση του μελανώματος υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης;

- α) Ναι
- β) Όχι
- γ) Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

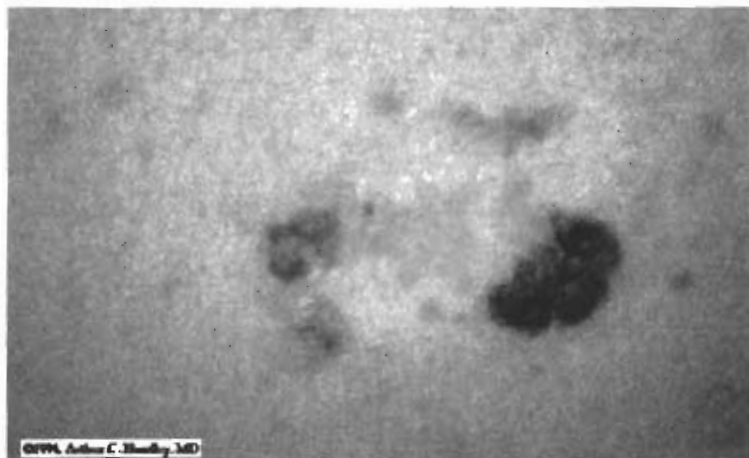
17. Από ποιους ενημερώνεστε για τα προβλήματα που δημιουργεί ο ήλιος;

- α) Περιοδικά, εφημερίδες
- β) Τηλεόραση, ραδιόφωνο
- γ) Ενημερωτικά φυλλάδια, σεμινάρια
- δ) Επιστήμονες υγείας(νοσηλεύτες, επισκέπτες υγείας κ.α.)
- ε) Ιατροί (δερματολόγος, οικογενειακός ιατρός κ.α.)

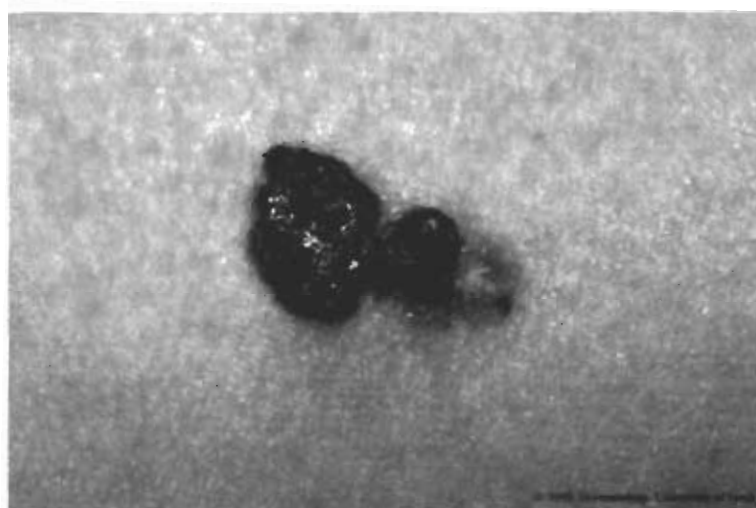
18. Από ποιους πιστεύετε ότι πρέπει να ενημερώνεστε για τα προβλήματα που δημιουργεί ο ήλιος;

- α) Περιοδικά, εφημερίδες
- β) Τηλεόραση, ραδιόφωνο
- γ) Ενημερωτικά φυλλάδια, σεμινάρια
- δ) Επιστήμονες υγείας(νοσηλεύτες, επισκέπτες υγείας κ.α.)
- ε) Ιατροί (δερματολόγος, οικογενειακός ιατρός κ.α.)

Σας  
ευχαριστούμε



Εικόνα 1



Εικόνα 2