

*ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΣΜΗΤΟΛΟΓΙΑΣ*

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*ΘΕΜΑ:
ΟΙ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ
ΤΟΥ/ΤΗΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ.*

*ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
Λυτινάκη Χριστίνα*

*ΕΠΙΣΤ. ΣΥΝΕΡΓΑΤΙΔΑ:
Δρ Γούλα Μαρία*

Θεσσαλονίκη 2008

ΘΕΜΑ:

*ΟΙ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ
ΤΟΥ/ΤΗΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ.*

Στην οικογένειά μου

ΠΡΟΛΟΓΟΣ-ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε το έτος 2008 για λογαριασμό του Τμήματος Αισθητικής και Κοσμητολογίας του Τεχνικού Επαγγελματικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τη Δερματολόγο κα Μ. Γούλα, εισηγήτρια της πτυχιακής μου εργασίας, για την υπόδειξη του θέματος και την συνεχή καθοδήγηση, καθώς και όλους τους καθηγητές μου για τις γνώσεις και την εμπειρία που μου μετέφεραν.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
-----------------------	---

ΜΕΡΟΣ Α

ΟΙ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Καλοήθεις όγκοι του δέρματος	10
1.1. Σμηγματορροϊκές υπερκερατώσεις	10
1.2. Ακροχορδώνες	12
1.3. Κερατοακάνθωμα	13
1.4. Ψευδοεπιθηλιωματώδης υπερπλασία	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Προκαρκινικές καταστάσεις	15
2.1. Ακτινικές υπερκερατώσεις	15
2.2. Λευκοπλακία	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Κακοήθεις όγκοι του δέρματος	19
3.1. Βασιλοκυτταρικό καρκίνωμα (BCC)	19
3.2. Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (SCC)	23
3.3. Κακοήθες μελάνωμα (MM)	27
3.3.1. Κλινικές μορφές του κακοήθους μελανώματος	29
- Πρόδρομες μορφές του κακοήθους μελανώματος	29
- Πρωτοπαθές μελάνωμα δέρματος	32
3.3.2. Πρόγνωση γενικά των διαφόρων μορφών κακοήθους μελανώματος	36
3.3.3. Προφύλαξη από την ανάπτυξη του μελανώματος	37

ΜΕΡΟΣ Β

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Πρόληψη του καρκίνου του δέρματος	39
1.1. Ήλιος.....	39
1.2. Τύποι δέρματος.....	41
1.3. Προστατευτικοί μηχανισμοί του δέρματος στον ήλιο.....	41
1.4. Πρόληψη.....	42
1.4.1. Αντιηλιακά.....	42
1.4.1α .Τι είναι τα αντιηλιακά.....	42
1.4.1β. Δείκτης προστασίας (SPF).....	44
1.4.1γ. Σωστή επιλογή και χρήση του αντιηλιακού.....	44
1.4.2. Σημάδια εμφάνισης του καρκίνου του δέρματος.....	46
1.5. Συμβουλές για την αποφυγή του καρκίνου.....	46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Ο ρόλος του/της αισθητικού.....	47
Συμπεράσματα-Περίληψη.....	48
Σκοπός της εργασίας.....	49
Βιβλιογραφία.....	50

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κάθε χρόνο, χιλιάδες άνθρωποι αναπτύσσουν διάφορες μορφές καρκίνου του δέρματος. Οι περισσότεροι από τους καρκίνους αυτούς θα μπορούσαν να μην είχαν εμφανιστεί. Με έγκαιρη πρόληψη θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί. Το σημαντικότερο, όμως, είναι ότι οι περισσότεροι απ' αυτούς τους καρκίνους είναι θεραπεύσιμοι, εάν εντοπιστούν εγκαίρως. Γεγονός είναι ότι, σήμερα, ποσοστό 90% όλων των τύπων καρκίνου του δέρματος είναι απόλυτα θεραπεύσιμοι. Τα υψηλότερα ποσοστά ίασης επιτυγχάνονται, όταν οι ασθενείς συμβουλευονται το γιατρό, αμέσως μόλις παρατηρήσουν κάποια αλλαγή στην μορφή του δέρματος.

Ο καρκίνος του δέρματος είναι ένα νόσημα, στο οποίο, αρχικά, εμφανίζεται εκτεταμένη, ανεξέλεγκτη ανάπτυξη παθολογικών κυττάρων, σε κάποιο σημείο του δέρματος. Υπάρχουν διάφοροι τύποι καρκίνου του δέρματος. Οι διαφορές εξαρτώνται από τον τύπο των κυττάρων από τα οποία προέρχεται ο όγκος.

Σχεδόν όλοι μπορούν να εκδηλώσουν καρκίνο του δέρματος. Όμως, σε δυο βασικές κατηγορίες η εμφάνιση της νόσου είναι συχνότερη:

A) Σε άτομα με ανοιχτόχρωμο δέρμα.

B) Σε άτομα, τα οποία εκτίθενται συστηματικά στον ήλιο.

Ιδιαίτερα ευαίσθητα είναι τα άτομα με ξανθά, κόκκινα ή καστανόξανθα μαλλιά και μπλε, πράσινα ή γκρι μάτια. Συχνά, τα άτομα αυτά έχουν φακίδες και είναι επιρρεπή στα εγκαύματα.

Βασικός παράγων εμφάνισης καρκίνου του δέρματος είναι ο ήλιος. Για την ακρίβεια, οι υπεριώδεις ακτίνες του ήλιου είναι η συνηθέστερη αιτία που μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του δέρματος. Η συστηματική έκθεση στον ήλιο αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του δέρματος, ενώ, συγχρόνως, συμβάλλει σημαντικά στη γήρανση του δέρματος και στην εμφάνιση πρόωγων ρυτίδων και δυσχρωμιών. Η έκθεση στον ήλιο δρα αθροιστικά. Αν και το μαύρισμα μπορεί να διαρκεί λίγο, τα σημάδια του καρκίνου μπορεί να εμφανιστούν πολλά

χρόνια αργότερα. Πολύ λίγοι καρκίνοι οφείλονται σε υπερβολική έκθεση σε ακτίνες Χ ή χημικές ουσίες, όπως το αρσενικό.

Ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες για την αποφυγή και την πρόληψη του καρκίνου του δέρματος είναι τα αντηλιακά. Μετά από πολύωρη και συνεχόμενη έκθεση του σώματος στον ήλιο, υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης όγκων του δέρματος. Έτσι, γίνεται αντιληπτό ότι η χρήση του αντηλιακού είναι πλέον απαραίτητη, αλλά δεν φτάνει από μόνο του αυτό. Το ίδιο απαραίτητη είναι και η γνώση του τρόπου επιλογής του. Για την επιλογή του πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη ο δείκτης προστασίας, η σύσταση και η ποιότητά του.

Ο άλλος σημαντικός παράγοντας για την αποφυγή αλλά και την πρόληψη του καρκίνου του δέρματος είναι η γνώση και η σωστή καθοδήγηση με σκοπό την παρακολούθηση του δέρματος για την αποφυγή κάποιας μορφής όγκου καθώς και της γρήγορης αποκατάστασης του δέρματος σε περίπτωση ύπαρξης κάποιου όγκου.

Στην παρούσα εργασία αναφέρεται, εκτός των άλλων, και ο ρόλος που υποχρεούται να έχει ένας αισθητικός εάν υποπέσει στην αντίληψή του κάποια ανωμαλία στο δέρμα ενός πελάτη του.

ΜΕΡΟΣ Α
ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Κεφάλαιο 1

Καλοήθεις όγκοι του δέρματος

1.1. ΣΜΗΓΜΑΤΟΡΡΟΪΚΕΣ ΥΠΕΡΚΕΡΑΤΩΣΕΙΣ (Seborrhoeic Keratosis, Seborrhoeic Wart)

Είναι ένας πολύ συνηθισμένος όγκος του δέρματος ο οποίος παρουσιάζεται σε άτομα μέσης και μεγαλύτερης ηλικίας. Η δερματοπάθεια είναι εξαιρετικά κοινή. Σε ορισμένες όμως οικογένειες η κατάσταση μεταβιβάζεται με αυτοσωματικό επικρατούντα τύπο. Ορισμένες φορές όταν η κατάσταση παρουσιάζεται με πολλαπλές και κνησμώδεις βλατίδες μπορεί να συνδυάζεται με εν τω βάθει νεοπλασία.



*Σμηγματορροϊκή
Υπερκεράτωση*

Κλινική εικόνα της σμηγματορροϊκής υπερκεράτωσης

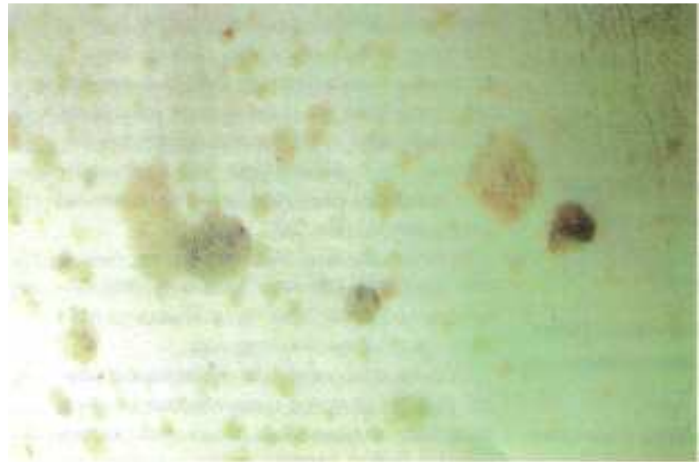
Οι βλάβες έχουν ένα κυκλικό ή ωοειδές σχήμα χροιάς μελιού ή καφεοειδούς, από λίγα χιλιοστά έως 2cm. Οι πρόσφατες βλάβες μπορεί να αποξεστούν με το νύχι, αλλά ξαναδημιουργούνται. Καθώς η υπερκεράτωση παχύνεται, το χρώμα της γίνεται βαθύτερο μέχρι καστανόμαυρο. Οι βλάβες προέχουν 5mm ή και περισσότερο. Η επιφάνεια της βλάβης είναι συνήθως ανώμαλη με μικρές εμβυθύνσεις οι οποίες πληρούνται κερατίνης. Μερικές φορές οι βλάβες είναι λείες και μαύρες με σαφή όρια.

Η επιφάνεια συχνά έχει μια λιπαρή εμφάνιση αλλά είναι ξηρή και τραχειά στην ψηλάφηση.

Το σαφές όριο και η έπαρση δίδουν την εντύπωση ότι η βλάβη είναι κολλημένη στη επιφάνεια του δέρματος παρά ότι αποτελεί μέρος αυτού.

Η εντόπιση των βλαβών γίνεται κυρίως στο πρόσωπο και στον κορμό ή οπουδήποτε αλλού εκτός από τις παλάμες, τα πέλματα και τους ημιβλενογόνους.

Οι σμηγματορροϊκές υπερκερατώσεις μπορεί να είναι μονήρεις ή συνηθέστερα πολλαπλές. Μερικά ηλικιωμένα άτομα αναπτύσσουν μεγάλο αριθμό βλαβών, οπότε ο κορμός είναι διάσπαρτος από εκατοντάδες βλάβες σε διάφορα στάδια ανάπτυξης. Συνήθως, οι βλάβες είναι ασυμπτωματικές. Γενικά ο κνησμός είναι σπάνιος. Οι σμηγματορροϊκές υπερκερατώσεις μπορεί να ερεθιστούν από την τριβή των ρούχων ή με τραυματισμό. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να αιμοραγήσουν και να σχηματιστούν εφελκίδες με αποτέλεσμα να δημιουργήσουν διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα από το μελάνωμα.



Πολλαπλές σμηγματορροϊκές υπερκερατώσεις (πρόσφατη έναρξη) σε ασθενή με Ca εντέρου (σύνδρομο Leser-Trelat).

1.2. ΑΚΡΟΧΟΡΔΩΝΕΣ

(Acrochordon, Skin Tag, Soft Fibroma)

Πολύ συνηθισμένοι καλοήθεις όγκοι οι οποίοι εμφανίζονται σαν μαλθακές θηλωματώδεις και μισχωτές βλάβες στο λαιμό, στο άνω μέρος του κορμού, στις μασχάλες και στους βουβώνες.

Κλινική εικόνα

Οι ακροχορδώνες έχουν 1-3mm διάμετρο και ύψος 5mm περίπου. Είναι μαλθακοί, με χροιά 'όπως το φυσιολογικό δέρμα έως καφεοειδή και συνήθως πολλαπλοί. Είναι συχνότεροι στις γυναίκες από την ηλικία των 30 ετών και μετά. Ορισμένες φορές μπορεί να πάρουν μεγάλη διάσταση σαν ρόγα σταφυλιού κρεμάμενη από λεπτό μίσχο (κρεμάμενη τέρμινθος).

Εντοπίζονται στον λαιμό, στις μασχάλες (στα παχύσαρκα ιδίως άτομα), στο άνω μέρος του κορμού, στις πτυχές των μαστών στις γυναίκες και



Κρεμάμενη τέρμινθος (γιγαντιαίος ακροχορδώνας)

στους βουβώνες. Κατά την εγκυμοσύνη παρουσιάζουν μια τάση μεγέθυνσης και αύξησης σε αριθμό ενώ μετά τον τοκετό υποστρέφονται.

Ορισμένες φορές αποτελούν συνοδό κλινική εικόνα στην μελανίζουσα ακάνθωση. Στα άτομα με ακροχορδώνες συχνά βρίσκονται διαταραχές μεταβολισμού του σακχάρου.

Με τον τραυματισμό ή την τριβή μπορεί να ερεθιστούν ή να επιμολυνθούν.



Ακροχορδώνες

1.3. ΚΕΡΑΤΟΑΚΑΝΘΩΜΑ (Keratoacanthoma)

Είναι ένα ογκόμορφο οζίδιο με χαρακτηριστική αρχιτεκτονική, το οποίο μεγαλώνει ταχύτατα .έως ένα μέγιστο μέγεθος μέχρι να αρχίσει η αυτόματη υποχώρηση.

Αιτιολογία

Το κερατοακάνθωμα εμφανίζεται στην ομάδα των ατόμων η οποία είναι επιρρεπής για ανάπτυξη ακανθοκυτταρικού καρκινώματος (ανοιχτόχρωμα άτομα). Επίσης εμφανίζεται στις εκτεθειμένες θέσεις (όπως στο SCC) και είναι πιο συχνό στους εργάτες που χειρίζονται πίσσες και mineral oil (όπως στο SCC). Αντίθετα με το SCC το κερατοακάνθωμα δεν εμφανίζεται επί της ακτινικής υπερκεράτωσης.

Σπανίως σε ορισμένους ασθενείς μπορεί να εμφανίζονται πολλαπλά κερατοακάνθωματα για χρόνια χωρίς να υπάρχει συσχέτιση με το SCC.

Κλινική εικόνα

Το κερατοακάνθωμα αρχίζει σαν μια ρόδινη ή κόκκινη βλατίδα ή μικρό οζίδιο το οποίο είναι ευαίσθητο και παρουσιάζει ταχεία ανάπτυξη. Με την αύξηση της βλάβης το οζίδιο γίνεται λείο, επιπεδούνται στην κορυφή και έχει σαφή όρια. Κατά την ψηλάφηση γίνεται αντιληπτό ότι τα όρια του οζιδίου εκτείνονται κάτω από την επιφάνεια. Στην περιβάουσα δερματική περιοχή δεν υπάρχει διήθηση. Μέσα σε λίγες

εβδομάδες το οζίδιο φθάνει διάμετρο 1-2 cm, ενώ σπανίως η βλάβη μπορεί να αυξηθεί πολύ περισσότερο. Στους ανοσοκατασταλμένους η μεγέθυνση γίνεται γρηγορότερα.

Σε 4-5 εβδομάδες το κέντρο του επιπεδωμένου οζιδίου σχηματίζει ένα σκληρό κεράτινο βύσμα ή αναπτύσσει έναν κρατήρα ο οποίος γεμίζει με εύθρυπτο υλικό.

Καθώς το κερατοακάνθωμα ωριμάζει οι πλευρές του κρατήρα συρρικνώνονται με αποτέλεσμα την

εξώθηση του κεντρικού βύσματος. Η επούλωση μπορεί να συμβεί αυτόματα αφήνοντας μια αστεροειδή σχάρα.

Η εντόπιση της βλάβης στα 2/3 των περιπτώσεων είναι στο πρόσωπο. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις εντοπίζεται στη ραχιαία επιφάνεια των χεριών και στα αντιβράχια. Σπανιότερα το κερατοακάνθωμα μπορεί να εντοπισθεί και στους βλεννογόνους.



Κερατοακάνθωμα

1.4. ΨΕΥΔΟΕΠΙΘΗΛΙΩΜΑΤΩΔΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ (Pseudoepitheliomatous hyperplasia)

Είναι μια ογκόμορφη υπερπλασία της επιδερμίδας, η οποία μπορεί να συμβεί σε έδαφος οποιασδήποτε χρόνιας φλεγμονής του δέρματος.

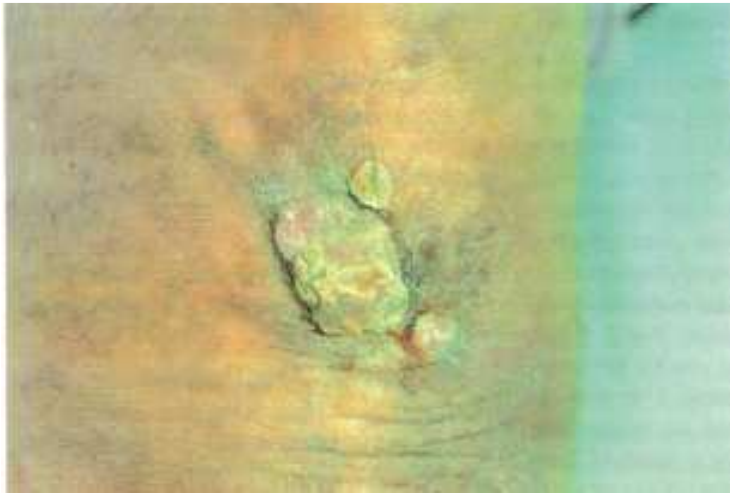
Η κατάσταση αποτελεί υπερβολική αναγέννηση της επιδερμίδας η οποία συμβαίνει φυσιολογικά σε κάθε χρόνια φλεγμονώδη κατάσταση.

Η ψευδοεπιθηλιωματώδης υπερπλασία μπορεί να εμφανισθεί στις περιφέρειες χρόνιων ελκών (άτονα έλκη κ.τ.λ.), σε μυκητιασικά και άλλα κοκκιώματα του χορίου ή ακόμα σε συνδυασμό με διάφορους όγκους.

Κλινική εικόνα

Η εμφάνιση των βλαβών εξαρτάται από την πρωτοπαθή βλάβη. Έτσι επάνω σε κοκκιώματα το δέρμα παχύνετε ανωμάλως και γίνεται τραχύ, ενώ σε συνδυασμό με χρόνια έλκη, η βλάβη είναι ερυθρή, κοκκιωματώδης διαχωριζόμενη κλινικά από καρκίνωμα.

Με την ψηλάφηση γενικά οι βλάβες είναι μαλθακές και αυτό αποτελεί ένα πολύ χρήσιμο διαφορο-διαγνωστικό σημείο σε σχέση με τα καρκινώματα.



Ψευδοεπιθηλιωματώδης υπερπλασία

Κεφάλαιο 2

Προκαρκινικές καταστάσεις

2.1. ΑΚΤΙΝΙΚΕΣ ΥΠΕΡΚΕΡΑΤΩΣΕΙΣ (Solar Keratosis, Senile Keratosis)

Η ακτινική υπερκεράτωση εμφανίζεται στις εκτεθειμένες στον ήλιο θέσεις, σαν μονήρεις πλάκες ή πολλαπλές λεπιδώδεις βλάβες οι οποίες έχουν τη δυνατότητα να εξελιχθούν σε καρκίνωμα (προκαρκινωματώδεις βλάβες).

Αιτιολογία

Στη δημιουργία των ακτινικών υπερκερατώσεων συνεργάζονται δυο παράγοντες: α) η αθροιστική δράση της ηλιακής ακτινοβολίας στο δέρμα κατά την διάρκεια της ζωής του ατόμου. Αυτή εξαρτάται από το γεωγραφικό πλάτος, τις συνήθειες, τα ρούχα, το επάγγελμα κ.τ.λ. και β) από την ικανότητα του δέρματος να προστατεύεται από τον ήλιο, δηλαδή την ικανότητα παραγωγής μελανίνης.

Κλινική εικόνα

Οι ακτινικές υπερκερατώσεις εμφανίζονται κυρίως στο πρόσωπο, στα αυτιά, στο κεφάλι και ιδίως στους φαλακρούς, στα αντιβράχια και στη ραχιαία επιφάνεια των ποδιών.

Αρχικά οι βλάβες παρουσιάζονται σαν μια κηλίδα του δέρματος με τραχύτητα της επιδερμίδας. Το χρώμα μπορεί να είναι όπως το φυσιολογικό δέρμα ή συχνότερα είναι κιτρινωπό, καφεοειδές ή ερυθρό.

Αργότερα η επιφάνεια γίνεται λεπιδώδης. Τα λέπια προσφύονται στερεώς και όταν απομακρυνθούν μπορεί να δημιουργηθεί μικροαιμοραγία. Αργότερα αυτά επανασχηματίζονται. Μερικές φορές μπορεί να αναπτυχθεί δερματικό κέρασ.

Αρχικά οι ακτινικές υπερκερατώσεις έχουν μέγεθος μικρό (λίγα mm) ή μπορεί και πολύ μεγαλύτερο. Ακολούθως οι βλάβες παχύνονται και αναπτύσσεται υπερκεράτωση. Η πάχυνση της βάσης της ακτινικής υπερκεράτωσης με αύξηση συχνά της της ερυθρότητας, είναι ύποπτα σημεία για καρκινωματώδη εξαλλαγή. Το καρκίνωμα που αναπτύσσεται είναι ένα καλώς διαφοροποιημένο ακανθοκυτταρικό με μια μικρή τάση να δώσει μεταστάσεις.



Ακτινικές υπερκερατώσεις



Δερματικό κέρασ

2.2. ΛΕΥΚΟΠΛΑΚΙΑ (Leukoplakia)

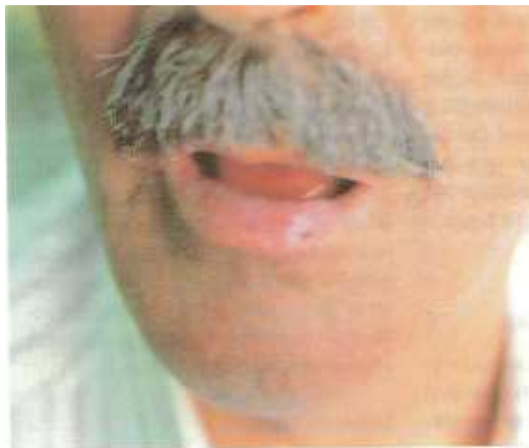
Η λευκοπλακία αποτελεί μια ανώμαλη υπερπλαστική κατάσταση των βλεννογόνων ή ημιβλεννογόνων και η οποία μπορεί να εξελιχθεί σε ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα.

Αίτια λευκοπλακίας

Ανάλογα με την θέση ανάπτυξης της λευκοπλακίας μπορεί τα αίτια να είναι διαφορετικά. Έτσι, στη λευκοπλακία στο κάτω χείλος θεωρείται σημαντικά η δράση του ήλιου μακροχρονίως. Για την λευκοπλακία του βλεννογόνου του στόματος ο μηχανικός τραυματισμός με τα δόντια, ο ερεθισμός από νικοτίνη, η candida albicans, ιοί κ.τ.λ. είναι σημαντικοί παράγοντες. Για την λευκοπλακία του αιδοίου η ατροφία του βλεννογόνου μετά την κλιμακτήριο θεωρείται ένας από τους προδιαθεσικούς παράγοντες.

Κλινική εικόνα

Η συνηθέστερη εικόνα της λευκοπλακίας είναι η εμφάνιση μιας ασυμπτωματικής, καλώς αφοριζόμενης, παχυμένης και λευκής πλάκας σε οποιοδήποτε σημείο του κάτω χείλους ή του βλεννογόνου του στόματος. Η πάχυνση της βλάβης μπορεί να είναι ομαλή ή ανώμαλη. Η ανάπτυξη οζιδίων ή ελκώσεων, τόσο στο κάτω χείλος όσο και στο βλεννογόνο του στόματος, μπορεί να υποδηλοί την ανάπτυξη καρκινώματος.



Λευκοπλακία

Στο αιδοίο η λευκοπλακία μπορεί να αναπτύσσεται στην κλειτορίδα στα μικρά και μεγάλα χείλη. Οι βλάβες μπορεί να είναι μονήρεις ή πολλαπλές. Η κλινική εμφάνιση των βλαβών στο αιδοίο είναι επίσης υπό την μορφή των σαφώς αφοριζόμενων και παχυμένων πλακών, λευκοπών ή γκριζωπών. Οι βλάβες του αιδοίου, σε αντίθεση με τις στοματικές εντοπίσεις της νόσου, μπορεί να συνοδεύονται από έντονο κνησμό.



Ακτινική χειλίτις

Κεφάλαιο 3

Κακοήθεις όγκοι του δέρματος

3.1. ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ (Basal Cell Carcinoma, BCC)

Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα αποτελεί έναν τοπικά αναπτυσσόμενο όγκο και του οποίου τα κύτταρα ομοιάζουν προς την βασική στιβάδα της επιδερμίδας.

Αιτιολογία

Η μακροχρόνια έκθεση στον ήλιο παίζει ρόλο όχι όμως με τρόπο ξεκάθαρο όπως στο SCC. Το BCC είναι σπάνιο στις σκουρόχρωμες φυλές, ενώ είναι συχνό στα ανοιχτόχρωμα άτομα που ζουν σε κλίματα με μεγάλη ηλιοφάνεια. Το BCC συχνότερα παρουσιάζεται στο κεφάλι και στο λαιμό, όμως το 1/3 από αυτά βρίσκεται σε θέσεις που προστατεύονται από τον ήλιο. Τα βλέφαρα είναι μια συχνή θέση για BCC ενώ σπάνια για SCC. Προφανώς και άλλοι παράγοντες εκτός από τις υπεριώδεις ακτίνες μπορεί να εμπλέκονται. Η κατανομή του BCC ακολουθεί στενά την κατανομή των τριχοσμηγματογόνων μονάδων. Το BCC ουδέποτε συμβαίνει στον ημιβλεννογόνο των χειλιών, στις παλάμες και στα πέλματα.

Το BCC σε αντίθεση με το SCC, δεν αναπτύσσεται σε προκαρκινικές καταστάσεις. Έτσι, το BCC σπανίως αναπτύσσεται σε ουλές εμβολίων, εγκαυμάτων και σε ατροφία από ακτινοβολία ή σε ορισμένες βλάβες των εξαρτημάτων (σμηγματογόνοι σπίλοι). Η πλειονότητα των BCC συμβαίνει χωρίς να προηγηθεί καμία άλλη βλάβη. Ορισμένοι ασθενείς αναφέρουν ότι στη θέση εμφάνισης του BCC προηγήθηκε τραυματισμός.

Γενετικοί παράγοντες συμμετέχουν. Έτσι, οι ασθενείς με μελαχρωματική ξηροδερμία αναπτύσσουν πολλαπλά BCC, όπως SCC ή άλλους όγκους. Τα πολλαπλά BCC είναι μια κληρονομική κατάσταση (σύνδρομο πολλαπλών BCC).

Κλινική εικόνα

Το τυπικό BCC εμφανίζεται σαν μια ζελατινώδης ή κηρώδης βλατίδα 2-3 mm διαμέτρου. Ο όγκος ακόμη και στο στάδιο αυτό της βλατίδας αφορίζεται σαφώς και λεπτά αγγεία διαγράφονται ακριβώς κάτω από την επιφάνεια. Η βλατίδα μεγαθύνεται βραδέως και σε μήνες ή έτη μετατρέπεται σε οζίδιο ή ογκίδιο ελαφρώς ωχρό, λείο και στιλπνό και το οποίο παρουσιάζει συνήθως ένα κεντρικό εντύπωμα. Το κέντρο αργότερα διαβρώνεται αυτόματα ή μετά από τραυματισμό. Η διάβρωση μπορεί να επουλωθεί και αργότερα να υποτροπιάσει. Συνήθως όμως παραμένει έτσι με εφελκίδες. Οι εφελκίδες αφαιρούνται εύκολα χωρίς πόνο, αφήνοντας σαρκώδη κρατήρα.

Η περιφέρεια της βλάβης είναι επηρμένη, στέρεη και κηρώδης αποτελούμενη συνήθως από μαργαριτοειδή ογκίδια με μικρά αγγεία κάτω από την επιδερμίδα. Το εύρος της ανάπτυξης ποικίλλει αλλά αργά ή γρήγορα ο όγκος προσβάλλει τους υποκείμενους ιστούς, περιλαμβάνοντας χόνδρους, οστά, ακόμη και μήνιγγες (rodent ulcer).

Κλινικές ποικιλίες BCC

1. Μελαγχρωματικό BCC (pigmented BCC): ο όγκος έχει ένα καφεοειδές ή μαύρο χρώμα και μπορεί να μοιάζει με μελάνωμα.
2. BCC υπό μορφή σκληροδερμίας (Morphoeic BCC): η πλάκα του όγκου είναι ελαφρώς εμβυθισμένη, η επηρμένη περιφέρεια είναι λιγότερο εμφανής και ελκούται σπάνια. Συνήθως συμβαίνει στο πρόσωπο.
3. Επιπολής BCC (Superficial BCC): η επέκταση του όγκου γίνεται προς την επιφάνεια με μικρή τάση διείσδυσης κατά βάθος με αποτέλεσμα να παίρνει μεγάλες διαστάσεις. Παρατηρούνται επίσης μικρές διαβρώσεις και εφελκίδες στην επιφάνεια του όγκου. Η επηρμένη περιφέρεια είναι λεπτή, νηματοειδής και δύσκολα γίνεται αντιληπτή εκτός και αν η περιοχή εκταθεί. Συνήθως το επιπολής BCC εντοπίζεται στον κορμό.
4. Σύνδρομο πολλαπλών BCC (Naevoid BCC Syndrome): παρατηρούνται πολλαπλά BCC, στο χρώμα του φυσιολογικού δέρματος ή σαν καφεοειδείς βλατίδες ή οζίδια κυρίως στο κεφάλι, λαιμό και κορμό. Τελικά μπορεί να ελκούνται. Η διαταραχή μεταβιβάζεται με ένα αυτοσωματικό επικρατούν γονίδιο με μικρή διεισδυτικότητα. Το σύνδρομο συνδυάζεται με διαταραχές και από άλλα όργανα και κυρίως από τον σκελετό.
5. BCC των ρινοπαρειικών αυλάκων (BCC of the nasolabial fold): στις θέσεις αυτές η εικόνα είναι λιγότερο χαρακτηριστική. Η επηρμένη

περιφέρεια δύσκολα αναγνωρίζεται και υπάρχει μια τάση του όγκου να επεκτείνεται προς το βάθος και να ελκούται.

Εξέλιξη BCC

Το BCC αναπτύσσεται τοπικά σε έκταση και βάθος καταστρέφοντας τους ιστούς. Οι μεταστάσεις από BCC, είναι εξαιρετικά σπάνιες και αφορούν κυρίως ασθενείς με AIDS ή ανοσοκατασταλμένα γενικά άτομα.

Διάφορες μορφές βασικοκυτταρικού καρκινώματος (BCC)



Μελαχρωματικό



Βλεφάρων



Επιπόλης εξαπλούμενο



Επί μελαγχρωματικής ξηρωδερμίας

BCC καταστρεπτικό οφθαλμού και των οστών του κόγχου





Πολλαπλά BCC κεφαλής



Βλεφάρων

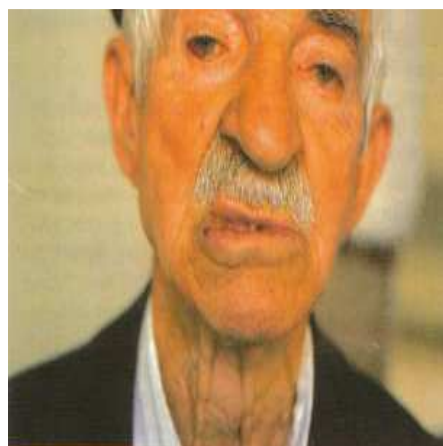
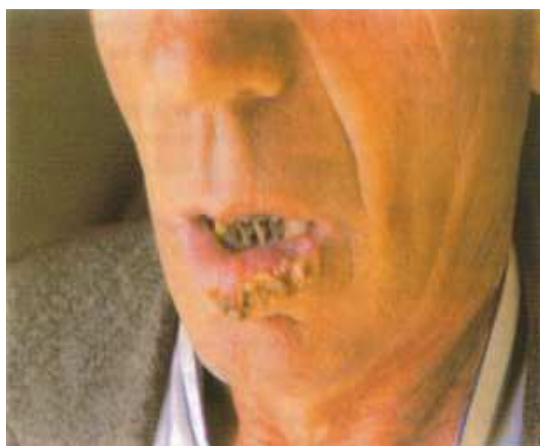
3.2. ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ (Squamous Cell Carcinoma- SCC)

Το SCC αποτελεί έναν συνηθισμένο όγκο της επιδερμίδας, του οποίου τα καρκινικά κύτταρα παρουσιάζουν ποικίλου βαθμού ικανότητα ωρίμανσης. Το χαρακτηριστικό σημείο (hallmark) του αληθούς καρκινώματος (και το οποίο παρατηρείται στο SCC) αποτελεί η καταστροφή της βασικής μεμβράνης από μάζες καρκινικών κυττάρων.

Αιτιολογία SCC

Η πλειονότητα των όγκων οφείλεται στην αθροιστική δράση των υπεριωδών ακτίνων σε γενετικώς προδιατεθειμένα άτομα. Έτσι, το SCC συμβαίνει στις εκτεθειμένες στο φως θέσεις και ιδίως σε άτομα που εργάζονται στο ύπαιθρο (αγρότες, ναυτικοί, εργάτες κ.τ.λ.) καθώς και στα ανοιχτόχρωμα άτομα που έχουν πτωχή ικανότητα μελάχρωσης. Για το λόγω αυτό το SCC είναι συχνό στο κάτω χείλος και πολύ σπάνιο στο πάνω χείλος. Επίσης, στους νέγρους είναι μικρή η επίπτωση και δεν υπάρχει επιλογή των εκτεθειμένων περιοχών. Στον αλφισμό η επίπτωση είναι υψηλή. Μπορεί να αναπτυχθεί επίσης σε ακτινικές υπερκερατώσεις. Στην περίπτωση αυτή το SCC έχει λιγότερη τάση για μεταστάσεις.

SCC σε αγρότες στο κάτω χείλος



Το SCC μπορεί να προκαλείται από χημικά καρκινογόνα που δρουν τοπικά (πίσσες, λιπαντικά, έλαια, αιθάλη, κρεόσωτο) ή συστηματικά (αρσενικό). Επίσης το SCC μπορεί να αναπτυχθεί σε παλιές ουλωτικές βλάβες (ουλές εγκαυμάτων, εμβολίων), σε άτονα έλκη, σε συρίγγια, σε βλάβες λευκοπλακίας, σε χρόνιες ακτινοδερματίτιδες, σε ουλές από φυματώδη ή ερυθρηματώδη λύκο, σε σκληρό και ατροφικό λειχήνα κ.τ.λ.



SCC σε ουλές εγκαυμάτων



SCC σε μελαγχρωματική ξηροδερμία

Άλλοι παράγοντες που μπορεί να εμπλέκονται είναι ανοσολογικής φύσεως. Πράγματι το SCC έχει βρεθεί σε μεγαλύτερη συχνότητα στους ανοσοκατασταλαμένους. Τέλος εμπλέκονται και γενετικοί παράγοντες. Λ.χ. το SCC παρατηρείται με αυξημένη επίπτωση στη μελαγχρωματική ξηροδερμία, αλλά και σε άλλες γενοδερματοπάθειες (λ.χ. ιχθύαση ίστρυξ κ.τ.λ.)



SCC σε σκληρό και ατροφικό λειχήνα αιδοίου



SCC σε σκληρό και ατροφικό λειχήνα βάλανου



SCC γλώσσας σε σημείο επαναλαμβανόμενου τραυματισμού από τα δόντια



SCC σε ουλή εγκαύματος με μεταστάσεις στους πνεύμονες

Κλινική εικόνα

Αρχικά παρατηρείται μια πάχυνση του δέρματος συνήθως σε ένα υπόστρωμα χρόνιας ακτινικής βλάβης ή σε συνδυασμό με προκαρκινική κατάσταση. Στο κάτω χείλος η αρχική βλάβη μπορεί να είναι μια πλάκα λευκοπλακίας. Το καρκίνωμα μπορεί να αρχίσει σαν μια μυρμηκιώδης βλάβη ή σαν ένα ερυθρό οζίδιο.

Στις άλλες περιοχές του προσώπου και στα χέρια αρχίζει σαν μια σκληρή πάχυνση στη βάση της ακτινικής υπερκετάτωσης η οποία περιβάλλεται από ερύθημα. Λιγότερο συχνά η βλάβη μπορεί να είναι μυρμηκιώδες οζίδιο ή πλάκα ή ένα σκληρό έλκος με σκληρά χείλη και με χρώμα ερυθρωπό. Αρχικά ο κρατήρας του έλκους έχει μια κεράτινη επιφάνεια η οποία είναι δύσκολο λεμφαδένες δύσκολο να απομακρυνθεί. Αργότερα το κεράτινο κέντρο διαχωρίζεται και απομακρύνεται αφήνοντας έναν κρατήρα με κιτρινωπές εκκρίσεις.



SCC αχιλλείου χώρας

Ορισμένες φορές το SCC αναπτύσσεται σε κλινικά υγιές δέρμα οπότε η βλάβη είναι συνήθως ένα ερυθρό οζίδιο το οποίο μεγεθύνεται σχετικά γρήγορα. Το οζίδιο είναι συμπαγές δεν έχει όμως τη σκληρία των πιο διαφοροποιημένων καρκινωμάτων και

γρήγορα ελκούνται. Αυτές οι βλάβες έχουν συχνά μεγάλη τάση να δίδουν μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες.

Οι μεταστάσεις στο SCC γίνονται κυρίως λεμφογενώς στους επιχώριους λεμφαδένες οι οποίοι γίνονται σκληροί και γρήγορα συμφύονται με τους γειτονικούς ιστούς. Η προσβολή των λεμφαδένων στο SCC βρίσκεται σε λιγότερο ποσοστό του 0.5% όταν το SCC αναπτύσσεται σε έδαφος ακτινικής βλάβης. Όταν όμως το SCC αναπτύσσεται σε λευκοπλακία, νόσο του Bowen, στο κάτω χείλος σε ουλές εγκαυμάτων ή άλλων ελκωτικών και ουλοποιητικών δερματικών βλαβών, σε βλεννογόνους, ή σε φυσιολογικό δέρμα, οι μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες είναι πολύ περισσότερο συχνές.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι συχνά η διόγκωση των επιχώριων λεμφαδένων σε τέτοιους ασθενείς μπορεί να οφείλεται σε φλεγμονή από δευτερογενείς λοιμώξεις.



SCC μύτης



SCC κροταφικής χώρας

3.3. ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ (Malignant Melanoma-MM)

Το κακοήθες μελάνωμα είναι ένας πολύ κακοήθης όγκος των μελανοκυττάρων με μεγάλη τάση για μεταστάσεις και διασπορά.

Αιτιολογία

Η παρατεταμένη μακροχρόνια έκθεση στον ήλιο παίζει έναν βασικό ρόλο. Σε όλο τον κόσμο η θνησιμότητα από το MM είναι παρόμοια στις

ομάδες των φύλων ενώ αυξάνει προοδευτικά με την ελάττωση του γεωγραφικού πλάτους. Το MM είναι λιγότερο συχνό στους μαύρους (6-7 φορές) απ' ό τι στους λευκούς του ίδιου γεωγραφικού πλάτους, δεδομένου ότι η μελανίνη προστατεύει από το MM, αλλά οι μηχανισμοί προστασίας είναι εντελώς αδιευκρίνιστοι. Στους μαύρους και γενικά στα μελαχρινά άτομα το MM είναι σπάνιο, όταν όμως αναπτυχθεί αυτό εντοπίζεται κυρίως στις παλάμες και στα πέλματα οι οποίες αποτελούν λευκότερες περιοχές. Το MM λ.χ. δεν βρίσκεται κυρίως στις ηλιοεκτεθειμένες περιοχές όπως το SCC. Επίσης στα ανοιχτόχρωμα άτομα το 30% των MM συμβαίνουν στον κορμό και λιγότερο από το 25% στο κεφάλι και στον λαιμό.

Το MM μπορεί να αρχίζει από μια προ-MM κηλίδα του ηλιοεκτεθειμένου δέρματος (Hut-chinson's φακή). Αυτή η περίπτωση μοιάζει με του SCC που αναπτύσσεται επί μιας ακτινικής υπερκεράτωσης. Έτσι το MM που αναπτύσσεται σε υγιές δέρμα είναι κακοηθέστερο παρά αυτό που αναπτύσσεται σε ένα σπίλο ή φακή του Hutchinson (είναι υπεύθυνη για το 14% του MM). Ανάπτυξη MM επί ενός προϋπάρχοντος σπίλου πιστεύεται γενικά ότι συμβαίνει σχεδόν στο 50% των περιπτώσεων.

Οι γυναίκες προσβάλλονται σε ίση συχνότητα με τους άνδρες. Οι γυναίκες όμως παρουσιάζουν καλύτερη επιβίωση.

Η επίπτωση του MM και για τα δυο φύλα αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας. Το MM δεν είναι συχνό στην κύηση, όταν όμως εμφανιστεί έχει την τάση να δίνει συχνότερα μεταστάσεις.

Οι γενετικοί παράγοντες εμπλέκονται οπωσδήποτε σε ορισμένους ασθενείς, όπου στις οικογένειές τους έχει βρεθεί η τάση να αναπτύσσουν MM. Επίσης οι ασθενείς με μελαγχρωματική ξηροδερμία αναπτύσσουν και MM, όπως και άλλους δερματικούς όγκους.

Ανοσολογικοί παράγοντες επίσης εμπλέκονται.

Επιδημιολογία

Το MM ευθύνεται για το 1-2% των θανάτων από όγκους και αποτελεί επίσης το 2% των εσωτερικών όγκων (δεν περιλαμβάνονται οι άλλοι όγκοι του δέρματος).

Υπάρχουν διεθνείς παρατηρήσεις που φέρουν ότι η επίπτωση του MM τα τελευταία χρόνια αυξάνεται συνεχώς, ενώ έχει βελτιωθεί η επιβίωση.

Η πρόιμη διάγνωση συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση του εύρους ίασης της νόσου. Επίσης, σ' αυτό επιδρά θετικά το μορφωτικό επίπεδο και η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού.

3.3.1. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΤΟΥ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ

A) Πρόδρομες μορφές του MM

1. Κακοήθης φακή του Hutchison
(Lentigo maligna-Hutchinson's lentigo).
2. Συγγενείς μελανοκυτταρικοί σπίλοι
(Congenital melanocytic nevi).
3. Δυσπλαστικοί σπίλοι
(Dysplastic nevi).

B) Πρωτοπαθές μελάνωμα δέρματος

1. Μελάνωμα επί κακοήθους φακής
(Lentigo maligna melanoma-LMM).
(Αφορά το 5% του MM).
2. Επιπολή εξαπλούμενο μελάνωμα
(Superficial spreading melanoma).
(Αφορά το 70% του MM).
3. Οζώδες μελάνωμα
(Nodular melanoma).
(Αφορά το 15% του MM).
4. Κακοήθες μελάνωμα των άκρων
(Acral lentiginous MM).
(Αφορά το 10% του MM).
5. Αμελανωτικό μελάνωμα
(Amelanotic melanoma)

A) ΠΡΟΔΡΟΜΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΤΟΥ MM

1. Κακοήθης φακή του Hutchinson (Hutchinson's lentigo, Lentigo Maligna-LM)

Είναι μια επίπεδη μελαγχρωματική βλάβη η οποία παρατηρείται συνήθως στις ηλιοεκτεθειμένες περιοχές (κεφάλι, ιδίως παρειές, αυχένα, άνω άκρα) στα ηλιοκαμένα άτομα με συνυπάρχουσες εκφυλιστικές αλλοιώσεις από τον ήλιο. Αυτή αρχίζει σαν μια εφηλίδα με ανώμαλη κατανομή του χρώματος και του σχήματος, σε ηλικία συνήθως 50-60 ετών. Η βλάβη είναι βαθιά καφεοειδής ή μαύρη με ανώμαλο σχήμα και βαθυχρωματική περιφέρεια. Η βλάβη μεγεθύνεται στην περιφέρεια

φυγοκέντρως με ανώμαλο τρόπο, ενώ σε άλλες θέσεις μπορεί να υποχωρεί. Στο στάδιο που προηγείται της διήθησης η LM είναι επίπεδη και γενικά

δείχνει σαν ένας «λεκές» στο δέρμα. Το χρώμα μπορεί να είναι ανώμαλα κατανεμημένο, δικτυωτό ή να υπάρχουν διάφοροι τόνοι από το βαθύ καφέ έως το μαύρο. Σπάνια έχουν ανακοινωθεί αμελανωτικές βλάβες LM.



Κακοήθης φακί Hutchinson (Lentigo Malignant) στα αρχικά στάδια

Η βλάβη μπορεί να εξελιχθεί βραδέως σε κακοήθες μελάνωμα (Lentigo Maligna Melanoma-LMM) με μια λανθάνουσα περίοδο από 5-50 χρόνια. Γενικά θεωρείται ότι το 30% των LM εξελίσσεται σε LMM. Το LMM παριστά το 5% όλων των περιπτώσεων μελανώματος. Κατά την εξέλιξη της LM σε LMM κλινικά παρατηρείται η ανάπτυξη ενός οζιδίου σε μια περιοχή με ελάττωση συνήθως της χρωστικής. Ακόμα και στο στάδιο αυτό οι μεταστάσεις είναι σπάνιες.

2. Συγγενείς μελανοκυτταρικοί σπίλοι (Congenital melanocytic nevi)

Οι δεύτερες βλάβες που έχουν προς MM δυνητική εξέλιξη είναι οι μικροί συγγενείς μελανοκυτταρικοί σπίλοι αλλά ιδίως οι γιγάντιοι (διαμέτρου μεγαλύτερης των 2cm) συγγενείς τριχωτοί μελανοκυτταρικοί σπίλοι σε συχνότητα ποικίλη από 2-30% (συνήθως 6,3%).



Γιγαντιός τριχοφόρος σπίλος

Μετάπτωση σε MM έχουν και οι μικροί σπίλοι. Έχει μάλιστα βρεθεί ότι στο 15% των περιπτώσεων το MM αναπτύσσεται σε μικρούς συγγενείς σπίλους.

Ο κνησμός μπορεί να αποτελεί ένα πρώιμο σύμπτωμα εξαλλαγής ενός κακοήθους (και ασυμπτωματικού) σπίλου.

Οι συγγενείς μελανοκυτταρικοί σπίλοι βρίσκονται στο 1% των νεογέννητων. Οι γιγάντιοι τριχωτοί σπίλοι (διαμέτρου πάνω από 2cm) βρίσκονται σε μικρότερη συχνότητα και μπορεί να καλύπτουν μεγάλες περιοχές (λ.χ. ολόκληρο τον κορμό). Το χρώμα ποικίλει από καφεοειδές μέχρι μαύρο. Η επιφάνεια του σπίλου γίνεται θηλωματώδης και προέχει και όσο το άτομο μεγαλώνει τόσο αυξάνεται η έπαρση και η ανωμαλία της επιφάνειας. Οι τρίχες στην επιφάνεια παίρνουν μεγάλο μέγεθος και είναι μαύρες και πυκνές.

Ιστολογική εικόνα

Υπάρχουν δύο ιστολογικοί τύποι. Στον πρώτο τα μελανοκύτταρα διευθετούνται όπως στους μικρούς και χορειακούς σπίλους. Στο δεύτερο τύπο η ιστολογική εικόνα είναι όπως στους χορειακούς σπίλους αλλά επιπλέον παρατηρούνται πολυάριθμοι νευροειδείς σχηματισμοί.

3. Δυσπλαστικοί μελανοκυτταρικοί σπίλοι (Dysplastic melanocytic nevi)

Οι σπίλοι αυτοί πρόσφατα διαπιστώθηκε ότι έχουν μεγάλη δυνατότητα μετάπτωσης σε MM. Οι δυσπλαστικοί μελανοκυτταρικοί σπίλοι (ΔΜΣ) είναι σπιλοκυτταρικοί σπίλοι με ανώμαλη ή ασαφή περιφέρεια, με ποικιλία στο χρώμα και στην απόχρωση (καφεοειδείς, ερυθροί και σαρκώδεις τόνοι) με επιφάνεια ελαφρώς επηρμένη ή επίπεδη και διάμετρο συνήθως πάνω από 0,5cm.

Τα άτομα της λευκής φυλής προ της εφηβείας ενώ έχουν στο 75-80% ένα ή περισσότερους σπιλοκυτταρικούς σπίλους, ΔΜΣ έχει μόνο το 1-8%. Οι περισσότεροι ΔΜΣ εμφανίζονται μεταξύ 10-20 ετών, ενώ είναι δυνατό να εξακολουθούν να εμφανίζονται και αργότερα κατά την ενήλικη ζωή.

Συγκριτικά με την χαμηλή επίπτωση των ΔΜΣ στους φυσιολογικούς ενήλικες σε ασθενείς με ΜΜ έχουν βρεθεί σε ποσοστό 30%. Επίσης, σε περιπτώσεις οικογενούς μελανώματος (αυτοσωματική επικρατούσα κληρονομικότητα), οι ΔΜΣ έχουν βρεθεί στο 90% των ασθενών και στους υγιείς συγγενείς στο 40%.

Στο σύνδρομο των δυσπλαστικών σπύλων (αυτοσωματικός επικρατών τύπος κληρονομικότητας) τα άτομα έχουν πολλαπλούς ΔΜΣ (μερικές φορές μερικές εκατοντάδες) με αυξημένες πιθανότητες εξαλλαγής 1-2 από αυτούς σε ΜΜ.



*Δυσπλαστικοί
μελανοκυτταρικοί
σπίλοι*

B. ΤΥΠΟΙ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΜΜ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

1. Μελάνωμα επί κακοήθους φακής του Hutchinson (Lentigo Maligna Melanoma-LMM)

Αποτελεί το 5% των διαφόρων μορφών του ΜΜ. Η οριζόντια ανάπτυξη της μορφής αυτής εκτείνεται μερικές φορές για 2-3 cm ή περισσότερο. Το LMM αναπτύσσεται επί προϋπάρχουσας κακοήθους φακής.

Εμφανίζεται στις εκτεθειμένες περιοχές και παρουσιάζεται σαν μια επίπεδη βλάβη με ποικίλη χρώση και ανωμάτως κατανεμημένα μαύρα οζίδια στην επιφάνειά της. Συχνά η βλάβη είναι πολύ μεγάλη από 3-6cm ή μεγαλύτερη, ενώ τα οζίδια μπορεί να έχουν διάμετρο λίγων χιλιοστών έως 1-2cm. Το χρώμα στο επίπεδο μέρος της βλάβης είναι καφεοειδές ανοιχτό ή σκούρο ή μαύρο και ορισμένες φορές ελαφρώς μπλε-γκρίζο ή και λευκό. Οι καφεοειδείς περιοχές συχνά παρουσιάζουν κηλίδες ή δίκτυο μαύρο. Στις περιοχές που παρουσιάζουν μπλε-γκρίζο ή λευκό χρώμα το ΜΜ παρουσιάζει υποχώρηση.



Lentigo M.M.

2. Επιπολής εξαπλούμενο μελάνωμα (Superficial Spreading Melanoma-SSM)

Αποτελεί το 70% των διαφόρων μορφών του MM. Η επέκτασή του για κάποιο χρονικό διάστημα γίνεται στις επιπολής στιβάδες του δέρματος. Όταν αρχίσει να αναπτύσσεται προς κάθετη κατεύθυνση, προς τις βαθύτερες στιβάδες του δέρματος, τότε αρχίζουν και οι μεταστάσεις.

Το SSM είναι μια βλάβη μικρότερη του LM συνήθως διαμέτρου 2,5cm ή μικρότερη. Η περιφέρεια της πλάκας παρουσιάζει γωνιακές ή άλλου σχήματος προεξοχές. Αυτό μπορεί να επάρεται ελαφρώς ή πολύ. Οι επηρμένες βλάβες μπορεί να αποτελούνται από μικρά ή πολυάριθμα ογκίδια. Το χρώμα της ίδιας βλάβης παρουσιάζει ποικιλίες ευρέως λ.χ. καφεοειδές,

μαύρο, ερυθρό, ροζ και ακόμα γκριζωπό ή λευκό (θέσεις αποχρωματισμού).

Η κατανομή των χρωμάτων είναι τυχαία. Η πλάκα επεκτείνεται φυγοκέντρως για αρκετό διάστημα, πριν διεισδύσει βαθιά. Τότε

αναπτύσσεται πάχυνση ή οζίδια τα οποία έχουν ατονότερο χρώμα της πλάκας ή μαύρο.

Η βλάβη μπορεί να ελκωθεί ή να αιμορραγεί και να υπάρχει απώλεια της γράμμωσης ή του χνουδιού.



*Επιπολής
εξαπλούμενο
M.M.*

Το SSM αποτελεί το 70% όλων των MM και η βλάβη όταν διαγνωστεί έγκαιρα, δηλαδή όταν η βλάβη είναι ακόμα επιπολής, η αφαίρεση έχει μια πολύ καλή θεραπευτική αποτελεσματικότητα. Ο όγκος εντοπίζεται συνήθως στις ηλιοεκτεθειμένες περιοχές, αλλά μπορεί να συμβεί οπουδήποτε ακόμα και στους βλεννογόνους. Στην κλινική εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνεται ψηλάφηση της βλάβης και των επιχωρίων λεμφαδένων.

3. Οζώδες μελάνωμα (Nodular melanoma)

Αποτελεί το 15% των MM. Η μορφή αυτή δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη τάση για οριζόντια ανάπτυξη, δεδομένου ότι αναπτύσσεται κυρίως καθέτως προς τους υποδερμικούς ιστούς. Το οζώδες MM παρουσιάζει τη μεγαλύτερη τάση να μεθίσταται στους λεμφαδένες και να αποτελεί την πλέον θανατηφόρο μορφή του MM.

Μπορεί να αναπτυχθεί σε κάθε θέση, σε κλινικά υγιές δέρμα ή σε συνδυασμό με ένα μελανοκυτταρικό σπίλο. Αρχικά η βλάβη μπορεί να

είναι μια μικρή μαύρη κηλίδα η οποία γίνεται αντιληπτή σαν ένα βαθυχρωματικό σφαιρικό οζίδιο ή σαν μια επηρμένη πλάκα με απολύτως ομοιόμορφο βαθύ σκοτεινό χρωματισμό. Το



Οζώδες M.M.

χρώμα είναι συνήθως μαύρο ή μπλε-γκρι, αλλά μπορεί να είναι καφεοειδές ή λαμπερό ερυθρό. Το ογκίδιο μπορεί να παρουσιάζει κεντρική ωχρότητα ή να είναι ανωμάλως μελαχρωματικό.

Ορισμένες φορές οι οζώδεις βλάβες μπορεί να γίνουν μεγάλες και πολυποειδείς. Στην περίπτωση αυτή γίνονται μερικές φορές ροζ με καφεοειδή ή μαύρα στίγματα διασκορπισμένα γύρω από την περιφέρεια.

Η εξέλκωση της βλάβης και η αιμορραγία φανερώνει επιδερμική διείδυση και μπορεί να συμβεί από την αρχή στα πιο επιθετικά οζώδη MM. Η επιδερμική προσβολή συνοδεύεται και από χορειακή διείδυση

η οποία έχει μια πτωχή πρόγνωση. Η τοπική διήθηση των λεμφαγγείων μπορεί να δημιουργεί κυκλικές ή γραμμοειδείς βλάβες.

Το οζώδες MM χαρακτηρίζεται από ταχεία ανάπτυξη και από γρήγορη λεμφαγγειακή και αιματογενή διασπορά.

4. Μελάνωμα των άκρων (Acral lentiginous melanoma)

Αποτελεί το 10% των MM.

Ο τύπος αυτός του MM παρατηρείται στις παλάμες, στα πέλματα, στην κοίτη του όνυχα, στα δερματοβλεννογόνα όρια και σε ορισμένους βλεννογόνους. Ο τύπος αυτός είναι επιπλέον συχνός σε μαύρους και Ασιάτες, αλλά παρατηρείται επίσης και στους λευκούς.

Η κλινική και ιστολογική εμφάνιση προσομοιάζει περισσότερο προς το LMM, αλλά η συμπεριφορά του είναι περισσότερο επιθετική.

Η βλάβη χαρακτηρίζεται κλινικά από μια κηλίδα με ανώμαλη περιφέρεια και ποικιλία στο χρωματισμό και στην οποία υπάρχουν βλατίδες ή οζίδια.

M.M. ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ



Μήτρας όνυχος



Πέλματος

5. Αμελανωτικό μελάνωμα (Amelanotic melanoma)

Ορισμένες φορές το πρωτοπαθές μελάνωμα είναι εντελώς αμελανωτικό και αυτό συνήθως είναι του οζώδους τύπου. Σε πολλές περιπτώσεις το αμελανωτικό MM αρχίζει σαν μια ρόδινη περιοχή μέσα σε ένα μελαχρωματικό πρωτοπαθές MM. Ακολούθως οι μεταστάσεις από τον όγκο αυτόν μπορεί να είναι αμελανωτικές και δεν υπάρχει σύνθεση χρωστικής.

Το αμελανωτικό MM σχετίζεται περισσότερο με την διαγνωστική δυσχέρεια παρά με αυξημένη κακοήθεια.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ MM

Τα κλινικά σημεία που βοηθούν σημαντικά στη διάγνωση του MM είναι: 1) Ανώμαλη κατανομή χρώματος, με διάφορες αποχρώσεις του καφέ, μαύρου, κόκκινου, λευκού και μπλε. Σπίλοι οι οποίοι αλλάζουν χρώμα θα πρέπει να θεωρούνται ύποπτοι εξαλλαγής προς MM. 2) Ανώμαλο πάχος από την μια θέση στην άλλη, η οποία έχει ιδιαίτερη σημασία όταν είναι και ασύμμετρη. 3) Ανώμαλη περιφέρεια της βλάβης.

3.3.2. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΓΕΝΙΚΑ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΜΟΡΦΩΝ MM

Στο LMM η πρόγνωση είναι γενικά καλή δεδομένου ότι οι μεταστάσεις είναι σπάνιες. Θεραπευτικά η βλάβη πρέπει να αφαιρείται χειρουργικά.

Στο SSM και στο οζώδες MM, η πρόγνωση σχετίζεται με το βάθος της διήθησης κατά τον χρόνο της θεραπείας. Το SSM παραμένει για πολύ χρόνο στο άνω θηλώδες χόριο και είναι λιγότερο θανατηφόρο μετά από την κατάλληλη θεραπεία. Το οζώδες MM συνήθως κατά την στιγμή της εξέτασης ήδη έχει διεισδύσει στο δικτυωτό χόριο με μεγαλύτερη πιθανότητα διασποράς.

Η αύξηση και εξέλκωση του όγκου, η αιμορραγία, οι δορυφόρες βλάβες και η μικροσκοπική προσβολή του δικτυωτού χορίου ή του υποδέρματος είναι ιδιαίτερα απαισιόδοξες εικόνες. Η προσβολή των λεμφαδένων μειώνει την 5ετή επιβίωση σε λιγότερο από 20%.

3.3.3. ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΜΜ

Προληπτικά, για την ανάπτυξη ΜΜ θα πρέπει να συστήνεται η αποφυγή του ήλιου και η χρήση αντιηλιακών παρασκευασμάτων και ιδιαίτερα στα άτομα που έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο (ανοιχτόχρωμα άτομα, ξανθά, με γαλανά μάτια). Τα μέτρα αυτά θα πρέπει να εντάσσονται σε επιμορφωτικά προγράμματα που να απευθύνονται στον πληθυσμό.

Άτομα υψηλού κινδύνου θεωρούνται επίσης αυτά που έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό κακοήθους μελανώματος και όσα έχουν υποστεί πολλά ηλιακά εγκαύματα πριν την ηλικία των 18 ετών.

ΜΕΡΟΣ Β
ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ
ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ-ΤΗΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ

Κεφάλαιο 1

Πρόληψη του καρκίνου του δέρματος



1.1 ΉΛΙΟΣ

Ο ήλιος βρίσκεται σε απόσταση 93 εκατομμυρίων μιλίων από την γη και εκπέμπει ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία, το φάσμα της οποίας περιλαμβάνει μήκη κύματος μεταξύ 290-1800 nm. Πιο συγκεκριμένα το ηλιακό φάσμα διακρίνεται στην υπέρυθη (>760 nm), την ορατή (400-760 nm) και την υπεριώδη ακτινοβολία (290-400 nm). Η υπεριώδης με τη σειρά της, αναλόγως του μήκους κύματος της, διαιρείται στις:

1. UVA (320-400 nm)
2. UVB (290-320 nm)
3. UVC (< 290 nm) η οποία όμως απορροφούμενη από το όζον της στρατόσφαιρας δεν φθάνει στην επιφάνεια της γης.

Η υπέρυθη ακτινοβολία και το ορατό φως είναι σχετικά ακίνδυνα για τον άνθρωπο. Η υπέρυθη ακτινοβολία ενοχοποιείται μόνο για την πρόκληση θερμότητας στο δέρμα καθώς και για την ενίσχυση της βλαπτικής δράσης της υπεριώδους ακτινοβολίας.

Από την άλλη πλευρά η υπεριώδης ακτινοβολία, ειδικότερα δε η UVB είναι η κατ' εξοχήν υπεύθυνη για όλες σχεδόν τις βλαπτικές επιδράσεις στον άνθρωπο. Η απορρόφηση της υπεριώδους ακτινοβολίας γίνεται σε διάφορα επίπεδα του δέρματος. Συγκεκριμένα, η UVA απορροφάτε κυρίως στην επιδερμίδα, ενώ η UVB διεισδύει πολύ βαθύτερα, στο χόριο.

Η ηλιακή ακτινοβολία που φθάνει στη γη έχει σημαντικές διαφορές απ' αυτήν που εκπέμπεται και η τελική της «διαμόρφωση» εξαρτάται από:

- Το γεωγραφικό πλάτος του τόπου
- Την απόσταση του ήλιου από την επιφάνεια της θάλασσας
- Την ανακλαστικότητα της γήινης επιφάνειας και την κατανομή των αιωρούμενων σωματιδίων της ατμόσφαιρας(σκόνη, αιθαλομίχλη) στον κάθε τόπο
- Την εποχή του χρόνου
- Την ώρα της ημέρας
- Την υγρασία, τον άνεμο κ.τ.λ.

Θεωρείται έτσι φυσικό και αναμενόμενο οι παράγοντες αυτοί να προσδιορίζουν ταυτόχρονα και τον τρόπο αλλά και το μέγεθος της επίδρασης της ηλιακής ακτινοβολίας στο δέρμα, η οποία επιπλέον φαίνεται να εξαρτάται και από την διάρκεια και την συχνότητα της έκθεσης, από την «αυτοπροστατευτική» ικανότητα του οργανισμού, την περιοχή του σώματος που δέχεται την ακτινοβολία, την γωνία πρόσπτωσης της ακτινοβολίας αυτής κ.τ.λ.

Ο ήλιος αποτελεί απαραίτητο στοιχείο για την ζωή, πολλές δε βασικές βιολογικές διεργασίες εξυπηρετούνται με την παρουσία του ηλιακού φωτός. Γνωστή είναι ακόμα η θεραπευτική του επίδραση σ' ορισμένες γενικευμένες παθήσεις, όπως και η ενεργειακή του συμβολή στην αποκατάσταση πολλών δερματικών βλαβών (π.χ. της ψωρίασης).

Η παταταταμένη και επίμονη έκθεση σε ηλιακή ακτινοβολία μπορεί να έχει και βλαπτική επίδραση που να εκτίνεται από την απλή ερυθρηματώδη αντίδραση μέχρι την ακραία περίπτωση της πρόκλησης καρκίνου του δέρματος, ανεπιθύμητες ενέργειες για τις οποίες ενοχοποιείται κύρια η περιοχή του φάσματος UVC (280nm), αλλά και η UVB (290-320nm) και UVA (320nm).

1.2. ΤΥΠΟΙ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Κάθε επιδερμίδα αντιδρά στην ηλιακή ακτινοβολία ανάλογα με τα φυσικά της χαρακτηριστικά δηλαδή, ανάλογα με το φωτότυπο της.

Οι φωτότυποι, που κατατάσσονται σε μια κλίμακα από το 1 έως το 6, (από την πιο ανοιχτόχρωμη έως την πιο σκούρα επιδερμίδα), προσδιορίζουν το φυσικό χρώμα της επιδερμίδας και, συνεπώς, την ευαισθησία της στον ήλιο.

Επιπλέον, ανεξάρτητα από το φωτότυπο, η ξηρότητα της επιδερμίδας επιδεινώνεται κάτω από τον ήλιο. Το ίδιο συμβαίνει και με τη λιπαρότητα, η οποία επιδεινώνεται λόγω της πάχυνσης της επιδερμίδας που προκαλεί η έκθεση στον ήλιο.

Ανάλογα με την ευαισθησία που δείχνει το δέρμα στον ήλιο, παρατηρούνται έξι τύποι δέρματος:

- ΤΥΠΟΣ 1. Πολύ ανοιχτόχρωμο δέρμα. Δεν μαυρίζει ποτέ, πολύ ευπαθές στα εγκαύματα. Ανοιχτόχρωμα μαλλιά, ξανθά ή κόκκινα. Εμφάνιση φακίδων. Οι ειδικοί συνιστούν αντιηλιακό με SPF 50+ στο πρόσωπο και στο σώμα.
- ΤΥΠΟΣ 2. Ανοιχτόχρωμο δέρμα. Ευπαθές στα εγκαύματα, μαυρίζει πολύ λίγο. Οι ειδικοί συνιστούν αντιηλιακό με SPF 40+.
- ΤΥΠΟΣ 3. Λιγότερο ευπαθές στα εγκαύματα. Μαυρίζει σταδιακά. Οι ειδικοί συνιστούν αντιηλιακό με SPF 30+.
- ΤΥΠΟΣ 4. Μέτριο στα εγκαύματα, μαυρίζει πάντα. Συνήθως λευκό με μέτρια μελάγχρωση. Οι ειδικοί συνιστούν αντιηλιακό με SPF 20+.
- ΤΥΠΟΣ 5. Σπανίως κάνει εγκαύματα, μαυρίζει πάντα. Μέτρια έως μεγάλη μελάγχρωση. Οι ειδικοί συνιστούν αντιηλιακό με SPF 15+.
- ΤΥΠΟΣ 6. Δεν κάνει ποτέ έγκαυμα, μαυρίζει πολύ. Σκουρόχρωμο δέρμα. Οι ειδικοί συνιστούν αντιηλιακό με χαμηλότερο από 15 SPF.

1.3. ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΗΛΙΟ

Οι δύο κύριοι και καθοριστικοί παράγοντες για τη φυσική προστατευτική ικανότητα του δέρματος στο ηλιακό έγκαυμα είναι το

πάχος της κερατίνης στοιβάδας και το (γενετικά καθορισμένο) χρώμα του δέρματος.

Η κερατίνη στοιβάδα του δέρματος μπορεί σε γενικές γραμμές να θεωρηθεί ως «φίλτρο». Ο βασικός όμως μηχανισμός προστασίας είναι η παραγωγή και η χρώση του δέρματος με μελανίνη.

Στους προστατευτικούς μηχανισμούς πρέπει ακόμα να αναφερθεί ο ιδρώτας που έχει επίσης κάποια σημασία, αφού περιέχει ορισμένες ουσίες που απορροφούν την ακτινοβολία, μήκους κύματος μικρότερου των 310nm. Μια από αυτές είναι το ουρικό οξύ, που βρίσκεται στην κερατίνη στοιβάδα του δέρματος σε περιεκτικότητα 0,6% περίπου.

1.4. ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη για την αποφυγή του τόσο σοβαρού προβλήματος του καρκίνου του δέρματος αλλά και κάποιων άλλων προβλημάτων, όπως είναι ένα απλό ερύθημα από τον ήλιο ή ακόμα και η φωτογύρανση, είναι πολύ σημαντική.

Υπάρχουν δύο βασικοί τρόποι που μέσα από αυτούς μπορούμε να αποφύγουμε ή ακόμα και να προλάβουμε τυχόν προβλήματα όπως κάποιο όγκο ή την φωτογύρανση του δέρματος. Οι δυο τρόποι για την πρόληψη, λοιπόν, είναι: α) τα αντηλιακά και β) να ξέρουμε πως να παρακολουθήσουμε και να αναγνωρίσουμε κάτι ύποπτο που βλέπουμε στο δέρμα μας.

1.4.1. Αντηλιακά

1.4.1α. Τι είναι τα αντηλιακά



Το αντηλιακό είναι μια ουσία, η οποία, όταν εφαρμόζεται στο δέρμα, έχει την ικανότητα είτε να απορροφά, είτε να αντανακλά τις βλαβερές

ακτίνες του ήλιου. Τα απορροφητικά αντηλιακά περιέχουν χημικούς παράγοντες και τα αντανάκλαστικά περιέχουν φυσικούς παράγοντες. Όσο περισσότερο ανοιχτόχρωμο είναι το δέρμα, τόσο περισσότερη ανάγκη υπάρχει για την προστασία του.

Τα απορροφητικά αντηλιακά περιέχουν στη σύνθεσή τους PABA, (εστέρες PABA, βενζοφενόνες και σαλικυλικά).

Τα αντανάκλαστικά περιέχουν συστατικά, όπως διοξείδιο του τιτανίου και οξείδιο του ψευδαργύρου, τα οποία, λόγω της αδιαφανούς και πυκνής υφής τους, συνήθως δεν είναι αισθητικά αποδεκτά.

Πιο αναλυτικά, τα αντηλιακά αποτελούν ευρύτατα διαδεδομένη κατηγορία προϊόντων, προορισμένα για τη δέσμευση του ηλιακού φωτός μακρού ή βραχέος μήκους κύματος (UVA + UVB) καθώς και για την προστασία του δέρματος από πρώιμες (ηλιακό ερύθημα – ηλιακό έγκαυμα – μελάγχρωση) ή όψιμες (φωτογήρανση – φωτοκαρκινογένεση) ανεπιθύμητες ενέργειες.

Τα αντηλιακά ταξινομούνται ανάλογα με τον τρόπο δράσης τους και το περιεχόμενό τους σε εκείνα που περιέχουν:

1. Φυσικά φίλτρα: (διοξείδιο του τιτανίου ή οξείδιο του ψευδαργύρου). Είναι περισσότερο ασφαλή γιατί δεν απορροφώνται διαδερματικά, όμως ανακλούν λιγότερο την UVA ακτινοβολία.
2. Χημικά φίλτρα:
3. Χημικά φίλτρα στενού φάσματος
4. Φίλτρα UVB (290-320 nm)
5. Παρααμινοβενζοϊκό οξύ και παράγωγα
6. Παράγωγα κινναμωμικού οξέος
7. Παράγωγα σαλικυλικού οξέος
8. Παράγωγα καμφοράς
9. Φαινυλο-βενζιμιδοζόλο-σουλφονικό οξύ.
10. Φίλτρα UVA (320 – 400 nm)
11. Βούτυλο-μεθόξυ-βενζουλο-μεθάνιο.
12. Χημικά φίλτρα ευρέως φάσματος (UVA +UVB)

1.4.1β. Δείκτης προστασίας SPF

Ο δείκτης αντιηλιακής προστασίας (SPF) είναι η σχέση μεταξύ του χρόνου έκθεσης στις υπεριώδεις ακτίνες και της πρόκλησης δερματικού ερυθήματος με ή χωρίς αντιηλιακό. Για παράδειγμα εάν ένα αντιηλιακό έχει δείκτη προστασίας SPF 15, επιτρέπει την έκθεση στον ήλιο 15 φορές περισσότερο από το χρόνο έκθεσης στον ήλιο χωρίς αντιηλιακή προστασία.

<u>ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΤΙΗΛΙΑΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ</u>	<u>SPF</u>
Ελάχιστη αντιηλιακή προστασία	2 έως 4
Μέτρια αντιηλιακή προστασία	4 έως 6
Επιπλέον αντιηλιακή προστασία	6 έως 8
Μέγιστη αντιηλιακή προστασία	8 έως 15
Πλήρης αντιηλιακή προστασία	15+



1.4.1γ. Σωστή επιλογή και χρήση του αντιηλιακού

Η επιλογή του αντιηλιακού θα πρέπει να βασίζεται σε 4 παράγοντες:

- Τύπος δέρματος
- Διάρκεια έκθεσης στον ήλιο
- Ένταση ηλιακής ακτινοβολίας στη γεωγραφική περιοχή
- Προτίμηση αντιηλιακού προϊόντος

(απορροφητικό ή αντανακλαστικό)

Κατά την χρήση ενός αντηλιακού θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη τα παρακάτω:

- Το αντηλιακό πρέπει να εφαρμόζεται στο δέρμα μισή ώρα πριν από την έκθεση στον ήλιο, ώστε οι χημικές ενώσεις προστασίας να ενεργοποιηθούν.
- Πρέπει να ανανεώνεται συχνά, πολλαπλασιάζοντας το δείκτη προστασίας που φέρει το αντηλιακό επί τα λεπτά που αντέχει το κάθε δέρμα στον ήλιο. Για παράδειγμα, ένα άτομο που κοκκινίζει με παραμονή 20 λεπτών στον ήλιο, μπορεί να μείνει στον ήλιο 120 λεπτά αν επαλείψει αντηλιακό με δείκτη 6. Ο δείκτης προστασίας ξεκινά από 2 και φθάνει στο 45. Ωστόσο οι ειδικοί υποστηρίζουν ότι αυτό γίνεται για εμπορικούς λόγους και ότι ο ανώτερος δείκτης που υπάρχει στην πραγματικότητα είναι ως 25-30.
- Το αντηλιακό πρέπει επίσης να ανανεώνεται κάθε φορά που βγαίνουμε από το νερό ακόμη κι αν είναι αδιάβροχο ή αν έχουμε ιδρώσει.
- Δεν πρέπει ποτέ να χρησιμοποιούμε περσινά αντηλιακά προϊόντα, διότι τα φίλτρα προστασίας τους έχουν είτε εξασθενήσει είτε απενεργοποιηθεί εντελώς. Συνήθως η διάρκεια ζωής τους, εφόσον ανοιχτούν από τη σφραγισμένη συσκευασία τους, είναι 3 με 4 μήνες.
- Προστατεύουμε με το αντηλιακό όλες τις περιοχές του σώματος και δεν ξεχνάμε τα αυτιά, την μύτη, τα χείλη και τις άλλες περιοχές που είναι ιδιαίτερα ευπαθείς στα εγκαύματα διότι λόγω θέσης, ο ήλιος τις βλέπει κάθετα.
- Χρησιμοποιούμε αντηλιακό ακόμα και όταν έχει συννεφιά ή βρισκόμαστε μέσα στο νερό. Το 80% της υπερϊόδους ακτινοβολίας μπορεί να δράσει ακόμα και σε αυτές τις συνθήκες.
- Αντηλιακά προϊόντα θα πρέπει επίσης, να χρησιμοποιούμε όταν βρισκόμαστε στο χιόνι. Η αντανάκλαση του ήλιου στο χιόνι είναι το ίδιο ισχυρή όπως και αυτή στην άμμο. Ο αέρας μπορεί να περιορίσει την δράση του αντηλιακού, γι'αυτό θα πρέπει να επαναλαμβάνουμε τη χρήση του συχνά.

1.4.2. Σημάδια εμφάνισης του καρκίνου του δέρματος

Ο καρκίνος του δέρματος συνήθως όταν εμφανίζεται, παρουσιάζει κάποια σημάδια μέσα από τα οποία θα μπορούσε ο καθένας μας να υποψιαστεί την τυχών ύπαρξή του. Έτσι, μέσα από αυτά τα σημάδια θα μπορούσαμε να προλάβουμε τον καρκίνο του δέρματος στο αρχικό του στάδιο και να τον αντιμετωπίσουμε.

Τα σημάδια αυτά είναι τα παρακάτω:

- Ένας όγκος που αλλάζει μέγεθος, είναι διαφανής και εμφανίζει χρώμα σαν του μαργαριταριού, σκούρο, καφέ, μαύρο ή πολύχρωμο.
- Μια ελιά που:
 - Αλλάζει χρώμα.
 - Αλλάζει σε μέγεθος ή σε πάχος.
 - Αλλάζει υφή.
 - Έχει απροσδιόριστο σχήμα.
- Ένα σημάδι στο δέρμα, το οποίο προκαλεί φαγούρα, πόνο ή που παρουσιάζει εφελκίδα, διάβρωση ή αιμορραγεί.
- Ανοιχτή πληγή, η οποία δεν επουλώνεται και επιμένει για περισσότερες από 4 εβδομάδες ή επουλώνεται και ξανανοίγει.

1.5. Συμβουλές για την αποφυγή του καρκίνου

- ❖ Αποφύγετε τον ήλιο μεταξύ 12π.μ. έως 4μ.μ.
- ❖ Να φοράτε αντηλιακό κατά την διάρκεια όλου του χρόνου
- ❖ Να φοράτε ρούχα που προστατεύουν (με μακριά μανίκια)
- ❖ Να αποφεύγεται τα μέσα επιταχυνόμενου μαυρίσματος (π.χ. σολάριουμ)
- ❖ Να αποφεύγεται τα φαρμακευτικά σκευάσματα που σας κάνουν ευαίσθητους στον ήλιο
- ❖ Να ελέγχεται το δέρμα σας τακτικά και να αναφέρεται πιθανές αλλαγές στον γιατρό σας
- ❖ Κάντε συχνά εξετάσεις δέρματος

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα 60.000 κάθε χρόνο πεθαίνουν λόγω υπερβολικής έκθεσης στον ήλιο. Από το 60.000 ανθρώπων που πεθαίνουν, οι 48.000 θάνατοι οφείλονται στο μελάνωμα ενώ οι υπόλοιποι 12.000 σε άλλες μορφές καρκίνου του δέρματος

Κεφάλαιο 2

Ο ρόλος του/της αισθητικού

Ο ρόλος του/της αισθητικού κρίνεται καθοριστικός καθώς αποτελεί μια πρωταρχική πηγή ενημέρωσης όσον αφορά στον καρκίνο του δέρματος.

Ο/Η αισθητικός, μέσα από την συνάντησή του με τον πελάτη του, συμβάλει στην ολόπλευρη πληροφόρηση του δεύτερου με απώτερο στόχο την πρόληψη και την αμεσότερη αντιμετώπιση τυχόν προβλήματός του. Ουσιαστικά ο/η αισθητικός ερχόμενος σε επαφή με τον πελάτη του αναπτύσσει μια συζήτηση η οποία πρέπει να οικοδομείται σε ένα πνεύμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης. Παρατηρώντας κάποια σημάδια του σώματος ή του προσώπου του πελάτη, που έχουν υποστεί μια ελαφρά παραμόρφωση (π.χ. μια ελιά που έχει αλλοιωθεί ως προς το χρώμα, το σχήμα ή το μέγεθός της), ο/η αισθητικός καλείται να τον παρακινήσει να συμβουλευτεί άμεσα κάποιον ειδικό γιατρό, ο οποίος θα κρίνει την επικινδυνότητα της εκάστοτε αλλοίωσης. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο πελάτης να μην βιώσει έντονα το συναίσθημα του φόβου ή του άγχους από τον/την αισθητικό για τα συμπτώματα που παρουσιάζει, καθώς οι αγχογόνες καταστάσεις αναμφίβολα δεν θα τον οδηγήσουν στην επίσκεψή του σε έναν ειδικό γιατρό.

Μέσα στα πλαίσια, λοιπόν, αμοιβαίας εμπιστοσύνης και ελεύθερης συζήτησης, ο πελάτης θα μπορέσει να αποδεχτεί με ομαλό τρόπο τις πληροφορίες που θα δεχτεί από τον/την αισθητικό και θα απευθυνθεί σε κάποιον δερματολόγο που θα διαγνώσει αν τα σημάδια του πελάτη αποτελούν κίνδυνο για την ύπαρξη όγκου του δέρματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αμεσότητα αποτελεί ακρογωνιαίό λίθο στην επικοινωνία αισθητικού και πελάτη καθώς ο/η αισθητικός είναι ο/η πρώτος-η που έρχεται σε επαφή με τον πελάτη και μπορεί, μέσα από την οπτική επαφή, να εντοπίσει κάποιο σημάδι που να ενέχει κινδύνους για την παρουσία όγκου του δέρματος.

Σε περίπτωση που ο πελάτης επισκέπτεται πολλά χρόνια τον/την αισθητικό, ο δεύτερος μπορεί πιο εύκολα να αναγνωρίσει στο δέρμα του πελάτη του/της τυχόν παραμορφώσεις που μπορεί ο ίδιος να μην έχει αντιληφθεί.

Γνωρίζοντας πως ο καρκίνος του δέρματος αποτελεί μια πολύ σοβαρή ασθένεια των ημερών μας και έχοντας υπόψη τις βλαβερές διαστάσεις που μπορεί να λάβει για την υγεία του ανθρώπου, καλείται ο/η αισθητικός να αναλάβει κυρίαρχο ρόλο για την αμεσότερη πληροφόρηση, τη συμβουλευτική και την καθοδήγηση του πελάτη του πάνω στο θέμα του όγκου του δέρματος που τείνει να γίνει μάστιγα της σύγχρονης εποχής.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι να υπάρξει ευαισθητοποίηση των αισθητικών που θα οδηγήσει σε μια συνεχή επιμόρφωση όχι μόνο πάνω στον τομέα της αισθητικής αλλά και σε θέματα πιο ιατρικά, όπως είναι ο καρκίνος του δέρματος.

Από την στιγμή που το δέρμα είναι το αντικείμενο της εργασίας των αισθητικών οφείλουμε να το παρατηρούμε, να το προστατεύουμε και στη συνέχεια να ευαισθητοποιούμε τους πελάτες μας και να τους καθοδηγούμε σωστά εφόσον χρειάζεται.

Επίσης, η εργασία αυτή έχει ως σκοπό την πληροφόρηση όλων μας για τους όγκους του δέρματος. Ο αναγνώστης θα ενημερωθεί για τις διάφορες μορφές των καλοηθών και των κακοηθών σημαδιών του δέρματος, για τους τρόπους πρόληψης του καρκίνου του δέρματος, για το πώς τον αναγνωρίζουμε και τελικά ποιος είναι ο ρόλος του/της αισθητικού πάνω σε αυτό το θέμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μπάης, 2007, *Η Υπεριώδης Ηλιακή Ακτινοβολία και επιδράσεις της στον άνθρωπο* on line available at:
<http://lap.physics.auth.gr/upload/UltraViolet.pdf>,
2. Bigio and J. Mourant, 1997
3. Ramanujam, N., 2000.
4. Γιαννόπουλος Ν., Παπαδημητρίου Ε., Θεοδοσίου Χ., Πομώνης Ε. και Γεωργιάδης Ε.: Μελανίζουσα κατάσταση με πολλές ενδοκρινικές διαταραχές.
5. Ι.Χατζής: Βασική Δερματολογία-Αφροδισιολογία
6. www.dermaline.gr
7. www.medicum.gr
8. <http://lap.physics.auth.gr>
9. www.iatronet.gr
10. www.medlook.net
11. www.neo.gr
12. www.cancervic.org.au.
13. www.businesswoman.gr