

Καρκίνος δέρματος και δερματοσκόπηση

Δημήτριος Μουστάκας
Δερματολόγος – Αφροδισιολόγος

Ο καρκίνος του δέρματος αυξάνεται τα τελευταία χρόνια και αυτό έχει σχέση με την ηλιακή ακτινοβολία. Έτσι, ενώ χρειαζόμαστε τον ήλιο για να παράγουμε τη βιταμίνη D, η κατάχρηση έκθεσης σ' αυτόν έχει αρνητικές συνέπειες. Αποδείχθηκε ότι μετά από μακρά έκθεση στον ήλιο, προκαλείται κατάπτωση των αλύσεων του DNA των επιδερμικών κυττάρων και εν συνεχεία δημιουργείται μεταβολή στη δομή τους. Η βλάβη αφορά κύρια τις πυριμιδίνες και πιο ειδικά τη θυμίνη. Η προσπάθεια αποκατάστασης που ακολουθεί με μια σειρά διαδικασιών οδηγεί σε μεταλλάξεις και καρκινογένεση.

Είναι, ακόμη, γνωστή η καταστροφή του όζοντος λόγω της ατμοσφαιρικής ρύπανσης με συνέπεια να φθάνει πιο άφθονη υπεριώδης ακτινοβολία στη γη με όλες τις αρνητικές συνέπειες.

Άλλοι παράγοντες που ευθύνονται για τη δερματική καρκινογένεση είναι:

- Άλλες ακτινοβολίες (Roentgen, Grenz, ιονίζουσα).
- Προδιαθεσικές παθήσεις του δέρματος (ουλές, χρόνια έλκη, λευκοπλακία, χρόνιες ειδικές φλεγμονές δέρματος, όπως κοινός λύκος κ.ά.).
- Γενετικοί παράγοντες, κληρονομικότητα (μελαγχρωματική ξηροδερμία κ.ά.).
- Χημικά καρκινογόνα (αιθάλη, αρσενικό, πίσσα, πετρελαιοειδή, αζωτούχος μουστάρδα).
- Ομάδα ογκογόνων ιών (HPV, ρετροϊοί, ερπητοϊοί).
- Ογκογονίδια – κατασταλτικά γονίδια (γονίδιο p53).
- Ανοσιακές παράμετροι (κυτταροκίνες που τροποποιούν ειδικούς υποδοχείς ή μηχανισμούς σηματοδότησης πολλαπλασιασμού νεοπλασματικών κυττάρων).

Οι κυριότεροι κακοήθεις όγκοι του δέρματος είναι:

A. Βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα

Είναι ο πιο συχνός καρκίνος του δέρματος με ιδιαίτερη προτίμηση στην Καυκασία φυλή. 75% όλων των καρκίνων του δέρματος είναι βασικοκυτταρικά επιθηλίωματα. Η πλειονότητα των ασθενών είναι ηλικίας 40-80 ετών και κατά προτίμηση άτομα ηλιοεκτεθειμένα αρκετά. Σε φωτοκατεστραμμένο δέρμα και κύρια στο κεφάλι και στον λαιμό είναι η προτίμηση του βασικοκυτταρικού επιθηλίωματος.

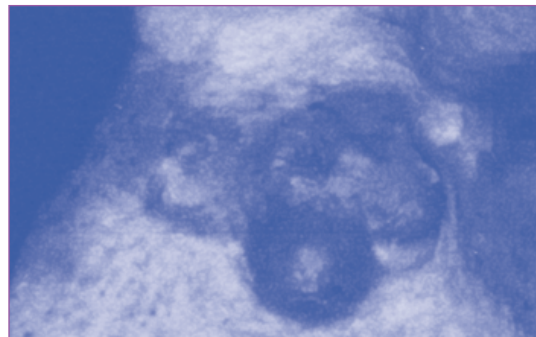
Εκτός από τα εκτεθειμένα στον ήλιο μέρη του Β.Ε. αναπτύσσεται σε θέσεις χρόνιου τραυματισμού, σε ουλές από εγκαύματα καθώς και σε ασθενείς που έχουν πάρει άλατα αρσενικού.

Η συχνότητα ποικίλλει ανάλογα με την έκθεση στον ήλιο και το κλίμα. Στις Η.Π.Α. αναφέρονται 730 νέα περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους, ενώ στην Αυστραλία 1.000-2.000 ανά 100.000 κατοίκους και μία ευρωπαϊκή μελέτη έδειξε 132 ανά 100.000 κατοίκους.

Κλινικές μορφές

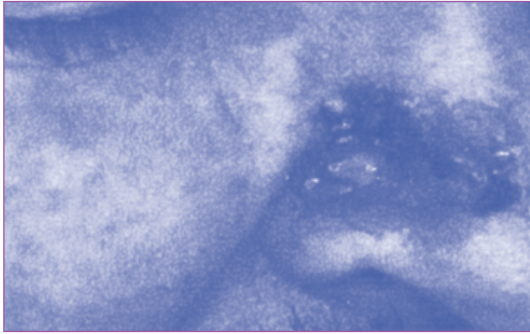
1. Οζώδες βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα

Διαφανής όγκος, με κηρώδη ή ροζ απόχρωση με τα χαρακτηριστικά μαργαριτοειδή ογκίδια και τηλεαγγειεκτασίες. Εντοπίζεται στο πρόσωπο κυρίως αλλά και σε άλλα μέρη του σώματος. Ο όγκος αυξάνεται και μπορεί να ελκωθεί.



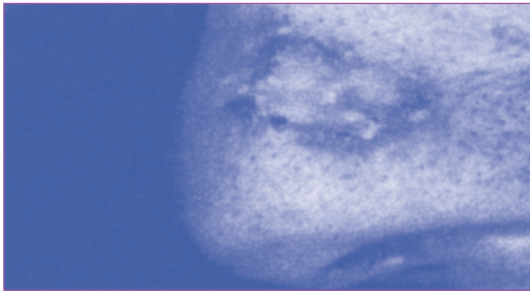
2. Διαβρωτικό ελκωτικό επιθηλίωμα

Το έλκος εμφανίζεται σαν πρωτοπαθής βλάβη και επεκτείνεται στην επιφάνεια του δέρματος και στο βάθος και κυριολεκτικά “τρώει” τον ιστό στον οποίο βρίσκεται. Κι εδώ υπάρχουν τα μαργαριτοειδή ογκίδια και οι τηλεαγγεκτασίες.



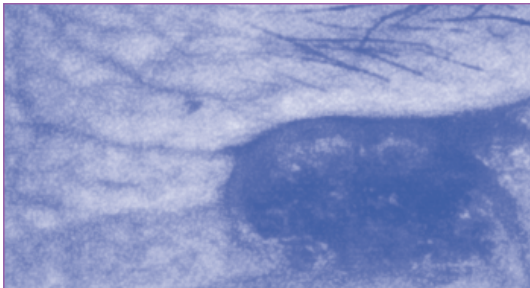
3. Επίπεδο ουλώδες βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα δίκην σκληροδερμίας

Επίπεδη πλάκα, το κέντρο της οποίας είναι λευκό, σκληρό, ατροφικό και μοιάζει με τις μαργαριτοειδείς διογκώσεις που καλύπτονται με εφελκίδες στην άκρη της βλάβης θέτουν τη διαφορική διάγνωση.



4. Μελαγχρωματικό βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα

Σπάνια ποικιλία με περίσσεια μελανίνης. Είναι



οζώδες και δεν ελκούται. Μοιάζει με μελάνωμα και χρειάζεται διαφορική διάγνωση.

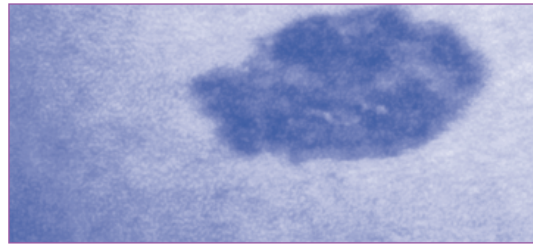
5. Παζετοιειδές ή επιπολής βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα

Χαρακτηρίζεται από μια ροδόχροα πλάκα σαφώς περιγεγραμμένη με μαργαριτοειδείς νηματοειδές άκρο. Η ανάπτυξη είναι βραδεία και εντοπίζεται κυρίως στον κορμό.

Η κλινική διάγνωση του Β.Ε. υποβοηθείται από τη δερματοσκόπηση και επιβεβαιώνεται από τη βιοψία και την ιστολογική εξέταση. Η γενική κατάσταση του ασθενούς είναι καλή, διότι δεν κάνει συνήθως μεταστάσεις. Ο όγκος ουσιαστικά καταστρέφει τον ιστό στον οποίο βρίσκεται. Ωστόσο υπάρχουν διαφοροποιήσεις όσον αφορά την πρόγνωση, ανάλογα με το μέγεθος, τη θέση, τον ιστολογικό τύπο του όγκου και την ανοσολογική κατάσταση του ασθενούς.

Θεραπευτικά έχουν αναπτυχθεί πολλές μέθοδοι ανάλογα με ορισμένες παραμέτρους (όπως, η έκταση του όγκου, η θέση εντόπισης, ο ιστολογικός τύπος, η ηλικία του ασθενούς).

Έτσι εφαρμόζεται χειρουργική αφαίρεση, διαθερμοπηξία, κρυοθεραπεία με υγρό άζωτο, ακτινοθεραπεία, φωτοδυναμική θεραπεία (PDT), συστηματική χημειοθεραπεία, ρετινοειδή, ιντερφερόνη, ιμικουιμόδη 5%, ένα τοπικό ανοσοτροποποιητικό φάρμακο.



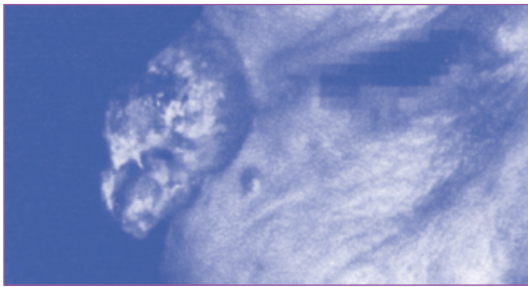
Β. Ακανθοκυτταρικό επιθηλίωμα

Είναι ένας κακοήθης όγκος που προέρχεται από τα κερατινοκύτταρα της επιδερμίδας. Είναι λιγότερο συχνός από το Β.Ε. Η αναλογία Β.Ε. προς Α.Ε. είναι 5 προς 1. Ανάμεσα στους λευκούς Καυκάσιους η συχνότητα είναι 20-200 ανά 100.000 κατοίκους τον χρόνο. Αναπτύσσεται είτε σε υγιές δέρμα, είτε σε προκαρκινική βλάβη. Υπάρχει πιθανότητα λεμφογενούς μετάστασης. Αναπτύσσεται στα ακάλυπτα μέρη του σώματος, κυρίως στο πρόσωπο και στην πίσω όψη των χεριών.

Οι διάφορες κλινικές μορφές του Α.Ε. είναι:

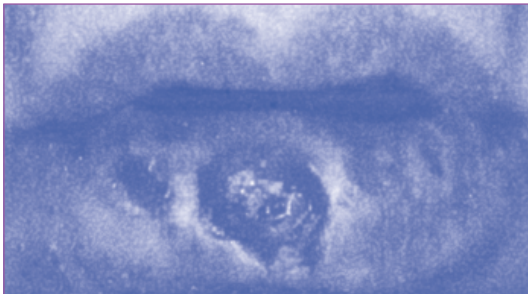
1. Ακανθοκυτταρικό επιθηλίωμα του προσώπου

Όγκος οζώδης ελκωτικός που αιμορραγεί με βάση πολύ διηθημένη.



2. Ακανθοκυτταρικό επιθηλίωμα κάτω χείλους

Η ακτινική χειλίτιδα, η οποία δημιουργείται από κατάχρηση στην έκθεση στον ήλιο έχει άμεση σχέση. Επίσης το κάπνισμα τσιγάρου και πίπας έχουν σχέση με το καρκίνωμα αυτό. Ακανθοκυτταρικό επιθηλίωμα στοματικού βλεννογόνου από εξαλλαγή λευκοπλακίας.



3. Ακανθοκυτταρικό επιθηλίωμα πέους

Σκληρός ελκωμένος εκβλαστικός όγκος του πέους.

Η θεραπεία του Α.Ε. πρέπει να είναι κυρίως χειρουργική λόγω του κινδύνου των μεταστάσεων.



Ι. Κακοήθες μελάνωμα

Το μελάνωμα του δέρματος είναι μία νόσος με παγκόσμια κατανομή, αλλά εμφανίζεται συχνότερα στους Καυκάσιους και σπανίως σε μελαμψούς πληθυσμούς της Ασίας και της Αφρικής. Οι υψηλότεροι δείκτες επίπτωσης μελανώματος στον κόσμο σημειώνονται στην Αυστραλία, όπου το μελάνωμα είναι από τους πιο συχνούς κακοήθεις όγκους με συχνότητα 40-60 ανά 100.000 κατοίκους. Στις ΗΠΑ η συχνότητα είναι 10-20 ανά 100.000, όμως αυξάνεται με γοργό ρυθμό. Στην Ευρώπη η επίπτωση είναι χαμηλότερη, όμως και εδώ η αύξηση είναι σημαντική. Η αύξηση της συχνότητας του μελανώματος παγκοσμίως υποστηρίζεται ότι οφείλεται στην αλλαγή του τρόπου ένδυσης και στις συνήθειες ηλιοέκθεσης που επέφερε η άνοδος του βιοτικού επιπέδου τον τελευταίο αιώνα, αλλά και στην εντονότερη υπεριώδη ακτινοβολία που φθάνει στη γη λόγω ελάττωσης της στιβάδας του όζοντος. Αναπτύσσεται είτε από τα επιδερμικά μελανοκύτταρα είτε από τα κύτταρα του συνδεσμικού σπίλου (ελιάς). Είναι ο κακοηθέστερος καρκίνος στο δέρμα διότι κάνει μεταστάσεις αιματογενείς και λεμφογενείς και εντοπίζεται σ' όλες τις ηλικίες.

Θεωρούνται τα άτομα που έχουν:

- 1) Οικογενειακό ιστορικό μελανώματος.
- 2) Προσωπικό ιστορικό μελανώματος.
- 3) Άτυπους σπίλους που παρουσιάζουν αλλαγές.
- 4) Μεγάλο αριθμό σπίλων.
- 5) Ανοικτόχρωμο δέρμα και γαλάζια μάτια, καίγονται εύκολα ή μαυρίζουν ελάχιστα.
- 6) Εργασία ή αναψυχή επί μακρόν στο ύπαιθρο.
- 7) Εγκαύματα στην παιδική ηλικία ή στην ενήλικη ζωή τους.

Οποιαδήποτε αλλαγή στη συμμετρικότητα, στα χείλη, στο χρώμα ή στη διάμετρο του σπίλου σημαίνει πολύ πιθανόν κάποια εξαλλαγή σε μελάνωμα. Στο νέο σύστημα σταδιοποίησης του μελανώματος, το οποίο βασίζεται στη γνωστή ταξινόμηση TNM (όπου T = πρωτοπαθής όγκος, N = λεμφαδένες, M = απομετακρυσμένες μεταστάσεις), οι πιο σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες κατά σειρά αξιολόγησης είναι: 1) το πάχος κατά Breslow, 2) η παρουσία ή μη εξέλκωσης και 3) η κατάσταση των λεμφαδένων.

Σύμφωνα με τη M ταξινόμηση οι εξωσπλαχνικές μεταστάσεις έχουν καλύτερη πρόγνωση από

τις σπλαχνικές. Επίσης στην ταξινόμηση αυτή λαμβάνεται υπ' όψιν το επίπεδο της LDH του ορού, το οποίο μπορεί να αυξηθεί στο μεταστατικό μελάνωμα. Για την ορθή εκτίμηση της LDH, θα πρέπει πρώτα να αποκλεισθούν άλλα αίτια τα οποία αυξάνουν την LDH, όπως το λέμφωμα ή η αιμόλυση.

Οι ασθενείς μπορούν επίσης να διακριθούν σε 4 στάδια (I, II, III και IV) ανάλογα με τη μορφή του μελανώματος (με ή χωρίς εξέλκωση), την παρουσία λεμφαδενικών ή σπλαχνικών ή απομεμακρυσμένων μεταστάσεων.

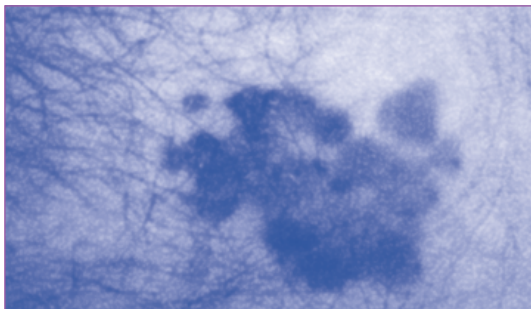
Τέλος μια άλλη διάκριση είναι ανάλογα με το ιστολογικό επίπεδο της δερματικής διήθησης του όγκου κατά Clark (στάδια I, II, III, IV και V).

Κλινικές μορφές κακοήθους μελανώματος

1. Επιτολής επεκτεινόμενο μελάνωμα

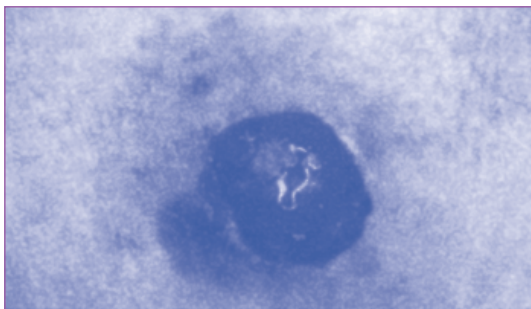
Είναι το πιο σύνηθες μελάνωμα και με την πιο καλή πρόγνωση εφ' όσον διαγνωσθεί εγκαίρως.

Χρώματος καφέ έως μαύρο, επεκτείνεται για πολύ καιρό οριζόντια στο δέρμα και εν συνεχεία κάθετα. Εντοπίζεται κυρίως στην πλάτη των ανδρών και στις κνήμες των γυναικών.



2. Οζώδες μελάνωμα

Με οζίδια καφέ ή μαύρα ή ιώδη ή, και το χειρότερο, αχρωμικά, τα οποία στο τέλος ελκούνται και αιμορραγούν.

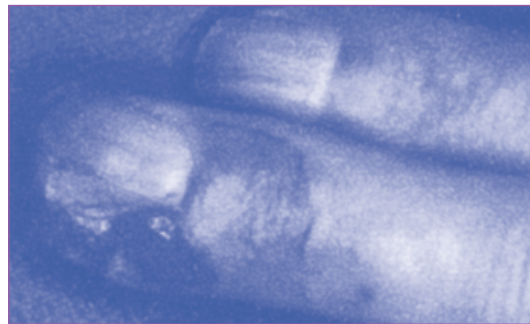


3. Lentigo maligna melanoma

Προέρχεται από εξαλλαγή εφηλίδας (φακίδας). Όλοι οι άνθρωποι άνω των εξήντα ετών εμφανίζουν εφηλίδες, αλλά οι ανοιχτόχρωμοι, που κάνουν κατάχρηση έκθεσης στον ήλιο, εμφανίζουν σε νεότερη ηλικία.

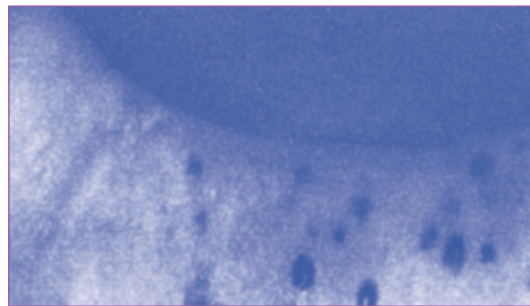
Στην αρχή εμφανίζεται ως επιτολής επεκτεινόμενο μελάνωμα και εν συνεχεία ως οζώδες.

Επίσης από εξαλλαγή της προκαρκινωματώδους μελάνωσης του Dubreuilh.



4. Μελάνωμα των άκρων

Εντοπίζεται στις άκρες των δακτύλων παλαμών και πελμάτων, ομοιάζει με περιονυχία, αλλά δεν είναι.



5. Δερματικές μεταστάσεις μελανώματος

Μαύρα ή υποκόκκινα οζίδια πλησίον προϋπάρχοντος μελανώματος.

Η κλινική διάγνωση του μελανώματος υποβοηθείται σημαντικά με τη δερματοσκόπηση, η οποία ουσιαστικά ανιχνεύει το μελάνωμα σε πολύ πρώιμα στάδια, και επιβεβαιώνεται με τη βιοψία και την ιστολογική εξέταση. Άλλες σημαντικές εξετάσεις είναι η βιοψία του φρουρού λεμφαδένα καθώς και οι εξετάσεις των εσωτερικών οργάνων (σπλάχνων) με ακτινογραφίες, υπερήχους και αξονικές τομογραφίες λόγω του κινδύνου των με-

ταστάσεων.

Η θεραπεία του μελανώματος είναι ανάλογη με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο όγκος. Στα αρχικά στάδια εφαρμόζεται η χειρουργική εξαίρεση, ενώ στα πιο όψιμα η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία, η ανοσοθεραπεία (ιντερλευκίνη-2, ιντερφερόνη-α) και διάφορες πειραματικές θεραπείες. Η πρόγνωση έχει σχέση με το στάδιο του μελανώματος. Στο επιπολής επεκτεινόμενο (in situ) η πρόγνωση είναι καλή. Όσο, όμως, επεκτείνεται ο όγκος στο χόριο και έχουμε προσβολή των λεμφαδένων και εν συνεχεία μεταστάσεις, η πρόγνωση επιδεινώνεται ανάλογα.

Δερματοσκόπηση



Αποτελεί διαγνωστική τεχνική εξέτασης των μελαγχρωματικών αλλοιώσεων του δέρματος η οποία είναι λεπτομερέστερη από την κλινική και αποτελεί ενδιάμεση εξέταση μεταξύ κλινική, και ιστολογικής. Με την εξέταση αυτή αυξάνεται η διαγνωστική ικανότητα του δερματολόγου κατά 80%, γίνεται πρώιμα η ανίχνευση του μελανώματος και έτσι αποφεύγεται η περιττή αφαίρεση πολλών μελαγχρωματικών βλαβών. Απαραίτητη προϋπόθεση, φυσικά, είναι η εμπειρία και η καλή γνώση της σχετικά νέας αυτής μεθόδου από τον δερματολόγο.



Συνήθως εφαρμόζονται δύο μέθοδοι δερματοσκόπησης:

Αυτή με το δερματοσκόπιο χειρός και η ψηφιακή δερματοσκόπηση.

Κατά την εξέταση με το δερματοσκόπιο χειρός εφαρμόζεται πρώτα έλαιο ή αλκοόλη ή νερό επάνω στη βλάβη, οπότε εξαλείφεται η επιφανειακή αντανάκλαση του φωτός και εν συνεχεία τοποθετείται το δερματοσκόπιο επάνω στη βλάβη.



Στην ψηφιακή δερματοσκόπηση εμφανίζονται οι εικόνες on line στον υπολογιστή ή συνδέεται το δερματοσκόπιο με ψηφιακή κάμερα και εν συνεχεία με τον υπολογιστή. Με την ψηφιακή δερματοσκόπηση αποθηκεύονται οι δερματοσκοπικές εικόνες στον υπολογιστή και συγκρίνονται με μελλοντικές. Οι μεγεθύνσεις αυτών των εργαλείων και μηχανημάτων κυμαίνονται από 6 έως και 40 φορές.



Έτσι καθορίστηκαν τα δερματοσκοπικά κριτήρια (το μελαγχρωματικό δίκτυο, τα μελαγχρωματικά σφαιρίδια, τα μαύρα στίγματα, τα ψευδοπόδια, το λευκό πέπλο, η ακτινωτή γράμμωση κ.ά.).

Οι αλγόριθμοι ή δερματοσκοπικά πρότυπα (ABCD-STOLZ, MENZIES, ARGENZIANO) είναι μέθοδοι με τις οποίες κατηγο-

ριοποιούμε τα δερματοσκοπικά κριτήρια και θέτουμε τη διάγνωση των μελαγχρωματικών αλλοιώσεων.

Τρεις παράμετροι ισχύουν κυρίως για τη διάγνωση του μελανώματος: η ασυμμετρία, το άτυπο δίκτυο χρωστικής και οι λευκοκύανες ασύμμετρες δομές.

Βιβλιογραφία

1. Καπετανάκη. *Δερματολογία-Αφροδισιολογία*, 1971 σελ. 563-604.
2. *Textbook of Dermatology 2 Rook-Wilkinson-Ebling* 1975 p. 1952-1988.
3. Katsambas A.D. – T.M. Lotti, *European Handbook of Dermatological Treatment* 2003 p. 68-81, 321-329, 501-504.
4. *The Journal of Dermatologic surgery and Oncology* 1984 p. 686-689.
5. *The Melanoma Letter*, the skin cancer foundation 2001 volume 19.
6. Lorentzen F. Henrik, *Dermoscopy Kaare Weismann*, Carsten Sand 2005.
7. *Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας* 1995 Τόμος 6, Τεύχος 3 και 4.
8. Πρακτικά σεμιναρίου δερματοσκόπησης, Ξάνθη Νοέμβριος 2003.
9. Πρακτικά σεμιναρίου μελανώματος, Αθήνα Ιούλιος 2005.