

Όταν ο ήλιος γίνεται τιμωρός



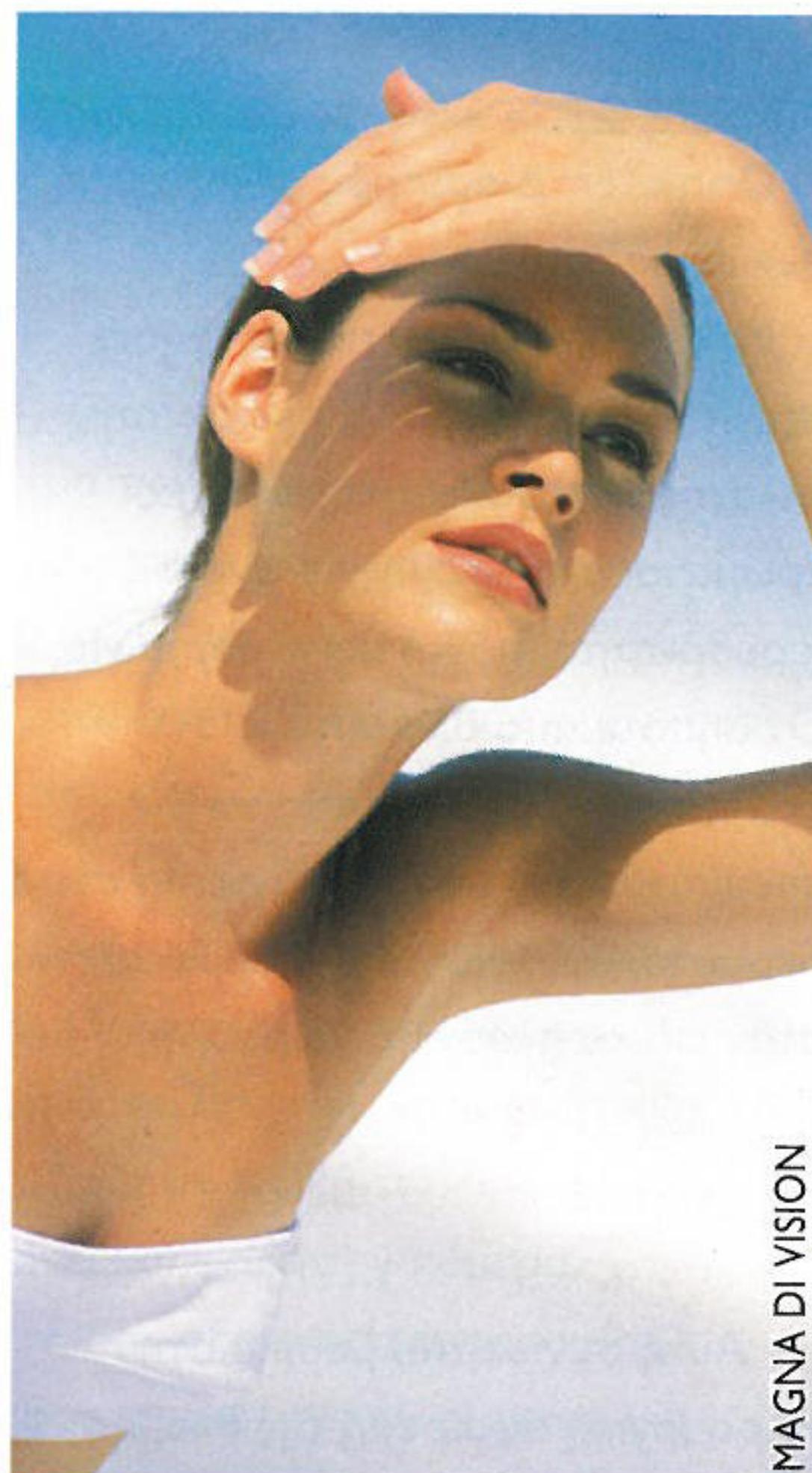
Οι ευεργετικές ιδιότητες του ήλιου είναι γνωστές: Βοηθά στη σύνθεση της βιταμίνης D, αυξάνει την ποσότητα του ασβεστίου στα οστά και μας ανεβάζει τη διάθεση στα ύψη. Τι γίνεται όμως όταν ο καρδιακός αυτός φίλος γίνεται τιμωρός;

Από την ANNY XEPPA

□ Είναι ζωογόνος δύναμη και πηγή ζωής. Όμως, κάτω από ορισμένες συνθήκες μετατρέπεται σε τιμωρό. «Ευτυχώς όμως», διευκρινίζει ο κ. **Χαρίλαος Αλεξ.** Ιωαννίδης, πλαστικός και επανορθωτικός χειρουργός, αναπληρωτής καθηγητής Παν/μίου Leuven και δ/ντής Παν/μιακής Κλινικής Νοσοκομείου Middlesex, Παν/μίου του Λονδίνου, σήμερα ειδικός συνεργάτης του Ομίλου ΙΑΣΩ και του χειρουργικού κέντρου ΛΗΤΩ, «το μεγαλύτερο τμήμα της ηλιακής ακτινοβολίας απορροφάται ή διαχέεται από τα σωματίδια της σκόνης, τις σταγόνες υγρασίας και το στρώμα του όζοντος. Έχει βρεθεί ότι από την ηλιακή ακτινοβολία στην οποία είναι συνήθως εκτεθειμένο το ανθρώπινο δέρμα, η υπεριώδης **B (UVB)** είναι η πλέον επικίνδυνη. Η υπεριώδης **A (UVA)** παίζει μικρότερο ρόλο, ενώ οι δύο άλλες (ορατή και υπέρυθρη) δεν ενέχουν ιδιαίτερους κινδύνους».

Πότε κινδυνεύουμε περισσότερο;

Ειδικές μελέτες έχουν δείξει ότι το 80% της ενέργειας της UVB φτάνει στη Γη μεταξύ 11.00 το πρωί και 5.00 το απόγευμα, οπότε η απόσταση που διανύουν οι ακτίνες είναι μικρότερη (κάθετες) και το βλαβερό αποτέλεσμα της δράσης τους πολύ υψηλό. Στα δύο χιλιόμετρα ύψος από το επίπεδο της θάλασσας (στο ίδιο γεωγραφικό πλάτος) η επίδραση της UVB αυξάνει κατά 1/3, αν, δε, υπάρχει και χιόνι, το πρόβλημα επιτείνεται, δεδομένου ότι το χιόνι αντανακλά την ακτινοβολία πολύ περισσότερο από το νερό και την άμμο. Μικρή μόνο προστασία παρέχει η παρουσία σκόνης,



υγρασίας, συννεφιάς. Εκτός όμως από την άμεση, υπάρχει και η διαχεόμενη (αντανακλάται σε επιφάνειες) ακτινοβολία. Η δράση της εξαρτάται επίσης από την εποχή, την ώρα και τις συνθήκες της ατμόσφαιρας. Έτσι, στη μέση της ημέρας η δόση της ακτινοβολίας που δεχόμαστε είναι 50% από την άμεση και 50% από τη διαχεόμενη.

Ποια από τις δύο είναι πιο επικίνδυνη; Η άμεση ή η διαχεόμενη;

Κυρίως η άμεση. Άλλα επειδή η φωτογήρανση, το έγκαυμα, η μελάγχρωση είναι λιγότερο σοβαρά προβλήματα, θα επικεντρωθώ στον καρκίνο του δέρματος. Δηλαδή τις προκαρκινικές βλάβες, τα καρκινώματα (βασικοκυτταρικό και ακανθοκυτταρικό) και το μελάνωμα του δέρματος.

Τι οδηγεί στα προβλήματα που μόλις αναφέρατε;

Σε ό,τι αφορά το βασικοκυτταρικό και το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, οι καταστάσεις που προδιαθέτουν στην εκδήλωσή τους είναι:

- το ευαίσθητο δέρμα
- διάφορες κληρονομικές παθήσεις
- η έκθεση σε χημικές ουσίες
- τα χρόνια έλκη κάτω άκρων
- το AIDS
- κάποιοι ιοί
- παλιά εγκαύματα
- η λήψη ανοσοκαταστατικών φαρμάκων.

Οι καταστάσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης μελανώματος είναι μεταξύ άλλων:

- Η ύπαρξη μεγάλου αριθμού καλοήθων σπίλων (ελιές). Συγκεκριμένα, τα άτομα με πάνω από 100 σπίλους κινδυνεύουν 12 φορές περισσότερο από τα άτομα με λιγότερους από 10 σπίλους.
- Η ύπαρξη κληρονομικού ιστορικού (μελάνωμα σε μέλη της οικογένειας) και προσωπικού ιστορικού ηλιακού εγκαύματος.
- Τα άτομα με ευαίσθητο δέρμα, ξανθά ή κόκκινα μαλλιά και μπλε μάτια ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

Ας σημειωθεί ότι η διακεκομένη έκθεση στον ήλιο (έκθεση των διακοπών) ευνοεί την εμφάνιση βασικοκυτταρικού καρκινώματος και μελανώματος. Αντίθετα, η χρόνια συνεχής έκθεση στον ήλιο (επαγγελματική έκθεση), όπως, π.χ., των γεωργών, ψαράδων, οικοδόμων κ.λπ., ευνοεί τα ακανθοκυτταρικά καρκινώματα.

Ποιες ηλικίες είναι περισσότερο ευάλωτες;

Οι προκαρκινικές βλάβες, το βασικοκυτταρικό και το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα είναι συχνότερα στις ηλικίες των 50-60 ετών και σπάνια έως πολύ σπάνια σε μικρότερες ηλικίες. Το μελάνωμα, ανάλογα με τη μορφή του, εμφανίζεται συχνότερα γύρω στα 50 ή και αργότερα (χωρίς να αποκλείονται και οι μικρότερες ηλικίες), ενώ σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις οι άντρες προσβάλλονται συχνότερα». Υπάρχουν ωστόσο και ορισμένες μορφές μελανώματος που προσβάλλουν με την ίδια συχνότητα άντρες και γυναίκες.

Ποια επικίνδυνα σημάδια - συμπτώματα πρέπει να προσέξει κανείς;

Ο ασθενής μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση εάν παρατηρήσει το λεγόμενο ABCD μιας δερματικής βλάβης. Δηλαδή:

- **Asymmetry:** Ασυμμετρία της βλάβης.
- **Border:** Ακανόνιστα όρια της βλάβης.

- **Colour:** Ακανόνιστο, μη ομοιόμορφο χρώμα.
- **Diameter:** Διάμετρος μεγαλύτερη των έξι χιλιοστών.
- Μπορεί επίσης να παρατηρήσει την ύπαρξη φαγούρας, πρόσφατης αλλαγής μεγέθους, σχήματος και χρώματος της βλάβης, φλεγμονή (ερυθρότητα, πόνο) και αιμορραγία. Οτιδήποτε από όλα αυτά κι αν εντοπίσει, πρέπει αμέσως να απευθυνθεί για μεν τη διάγνωση στο δερματολόγο, για δε τη θεραπεία στον ειδικό πλαστικό χειρουργό.

Υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία;

Αυτή συνίσταται βασικά στη χειρουργική αφαίρεση της βλάβης και αν χρειαστεί και των λεμφαδένων. Σε κάποιες περιπτώσεις χρησιμοποιείται είτε ως βασική είτε συνήθως ως συμπληρωματική αντιμετώπιση η ακτινοθεραπεία. Μερικές φορές επίσης γίνεται, συμπληρωματικά, χημειοθεραπεία ή θεραπεία με άλλα φαρμακευτικά σκευάσματα. Καλύτερη πρόγνωση έχει το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα και χειρότερη –σε γενικές γραμμές– το μελάνωμα. Ένας όμως είναι ο χρυσός κανόνας: έγκαιρη διάγνωση και σωστή αντιμετώπιση.

Μήπως το μαύρισμα με ειδικές λάμπες είναι πιο ασφαλές από την ηλιοθεραπεία;

Το τεχνητό μαύρισμα (sunbeds) προκαλεί επίσης καρκίνο του δέρματος. Εδώ γίνεται βασικά εκπομπή UVA και λιγότερο UVB. Λόγω βραδείας εξέλιξης του καρκίνου του δέρματος δεν υπάρχουν ακριβείς στατιστικές για τις επιπτώσεις των sunbeds. Πολλοί επιστήμονες, όμως, περιμένουν έκρηξη στον αριθμό, κυρίως, των μελανωμάτων τα επόμενα χρόνια. Η Βρετανική Εταιρεία

Φωτοδερματολογίας αποθαρρύνει τη χρήση αυτής της τεχνικής και ζητά από τους χρήστες τουλάχιστον να μην κάνουν πάνω από δύο σειρές το χρόνο, με δέκα, το πολύ, συνεδρίες για την κάθε σειρά.

ΛΟΓΩ ΒΡΑΔΕΙΑΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΑΚΡΙΒΕΙΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΤΕΧΝΙΤΟΥ ΜΑΥΡΙΣΜΑΤΟΣ

Προκαρκινικές βλάβες

«Οι πιο σημαντικές είναι η ακτινική κεράτωση και η νόσος του Bowen (καρκίνωμα *in situ*), που εμφανίζονται σαν πλάκες ερυθρές ή στο χρώμα του δέρματος και καλύπτονται από φυσιολογικό δέρμα ή εφελκίδα (κακάδι). Οι βλάβες αυτές εξελίσσονται σε ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα σ' ένα 10-15% των περιπτώσεων».

Τα καρκινώματα είναι δύο ειδών:

«Πολύ πιο συχνά και λιγότερο σοβαρό είναι το βασικοκυτταρικό. Αντίθετα, το ακανθοκυτταρικό είναι σπανιότερο, αλλά πιο σοβαρό. Το πρώτο παρουσιάζεται υπό πολλές μορφές: Μπορεί να μοιάζει με απλό σπυρί ή με πληγή που δεν κλείνει. Το δέρμα, δηλαδή, είναι στην έπιφανειά του ανώμαλο, καλύπτεται με εφελκίδα, που πότε πέφτει και ενδιάμεσα αιμορραγεί. Το δεύτερο μοιάζει ενίστε με το πρώτο και μπορεί επίσης κάποια στιγμή να αιμορραγήσει· χαρακτηριστικό του, όμως, είναι η σκληρή και επηρμένη (ανασηκωμένη) περιφέρειά του».

Μελάνωμα: Μια πολύ σοβαρή κατάσταση

«Παρουσιάζεται ως ακανόνιστη μαύρη ή μαύρη-καφέ ή καφέ βλάβη, που μπορεί να μοιάζει με σπίλο (κοινώς ελιά)».

ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ
ΑΠΟΡΡΟΦΗΤΙΚΑ ΓΥΑΛΙΑ
ΗΛΙΟΥ ΚΑΛΗΣ
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ, ΚΑΙ
ΑΝΤΙΗΛΙΑΚΑ ΠΡΟΙΟΝΤΑ,
ΠΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΥΝ ΣΕ
ΙΚΑΝΗ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ
ΑΠΟΡΡΟΦΟΥΝ
ΤΗΝ UVB ΆΛΛΑ ΚΑΙ
ΤΗΝ UVA ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Εξελίξεις στη Θεραπεία

Στη φαρέτρα των ειδικών για την αντιμετώπιση του μελανώματος έχουν προστεθεί πέντε νέες τεχνικές:

- 1) Η Δερματοσκοπία (επισκόπηση με ειδική συσκευή, που φωτίζει τη βλάβη και τη μεγεθύνει επί 10).
- 2) Η εισαγωγή της έννοιας «λεμφαδένας φρουρός»: Πρόκειται για τον πρώτο λεμφαδένα όπου θα γίνει μετάσταση κι αυτό προσδιορίζεται με ειδική τεχνική, που περιλαμβάνει και φορητή γ-κάμερα.
- 3) SPECT: Είδος αξονικής τομογραφίας.
- 4) PET: Είδος ακτινολογικού ελέγχου για μεταστάσεις.
- 5) Φάρμακα (συνδυασμός χημειοθεραπευτικών και «τροποποιητών της βιολογικής ανταπόκρισης»).

Με τη γλώσσα των αριθμών

- Αυτή τη στιγμή 19 ανά 100.000 άτομα παρουσιάζουν βασικοκυτταρικό και ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα σε αναλογία 4 προς 1.
- Στην Αμερική 1 στους 80 θα εμφανίσει κάποια στιγμή στη ζωή του μελάνωμα.

Ποιος είναι



Ο κ. Χ. Α. Ιωαννίδης είναι μέλος πολλών διεθνών επιστημονικών συλλόγων και εταιρειών. Έχει παρουσιάσει περισσότερες από εκατό εργασίες σε εθνικά και διεθνή συνέδρια και έχει δημοσιεύσει περισσότερα από εβδομήντα επιστημονικά άρθρα σε εθνικά και διεθνή περιοδικά. Το 1988 τιμήθηκε με το βραβείο Leibinger της Ευρωπαϊκής Ένωσης Κρανιοπροσωπικής Χειρουργικής. Το βιογραφικό του σημείωμα περιλαμβάνεται στο Marquis' Who is Who in Science and Engineering (1998-1999), στο Marquis' Who is Who in Medicine and Healthcare (1998) και στο Marquis' Who is Who in the World (1999).